



NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi häälekandja

Toimetuse kolleegium

G. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.



Kordur
1

*Jaanuar
veebtuur*

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN, 1957 - 1958

Käesoleva numbriga alustab meie vabariigis ilmunist Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi häälekandja «Nõukogude Eesti Tervishoid». Ajakiri ilmub iga kahe kuu järel, s. o. 6 korda aastas.

Ajakiri on määratud arstidele, keskhariidusega meditsiinitöötajatele ja farmatseutidele; see peab kujunema sidepidajaks vabariigi rohkearvulise tervishoiutöötajate pere vahel, peegeldama nende tööd, nende päevaprobleeme, abistama neid partei ja valitsuse otsuste ellurakendamisel.

Meie vabariigi elanikkonna meditsiinialane teenindamine paraneb aasta-aastalt, kuid samal ajal suurenevad ka tervishoiutöötajate ülesanded, elu ise püstitab suuri nõudmisi rahva heaolu ja tervisliku seisundi parandamiseks. Hoogsalt arenev arstiteadus aga nõuab pidevalt teoreetiliste teadmiste täiendamist ja uute arstiteaduse saavutuste kiiret praktikasse juurutamist.

Ajakiri hakkab oma lehekülgedel käsitlema järgmisi tähtsamaid küsimusi: 1) tervishoiu organisatsioon; 2) ravi- ja profülaktika- ning sanitaar-epidemioloogiaasutuste kollektiivide töös omandatud positiivsed kogemused ja töös esinevad puudused; 3) arstiteaduse uusimad saavutused haiguste diagnoosimise, ravimise ja profülaktika alal; 4) kaadri ettevalmistamine, spetsialiseerimine ja täiendamine; 5) farmaatsia- ja apteegiala; 6) meditsiinasutuste sisseseade ja varustamine; 7) meetodika, instruktsioonid ja informatsioon; 8) sanitaarharidustöö.

Ajakirjas avaldatud kirjutused peavad vabariigi tervishoiutöötajatele kaasa aitama nende ees seisvate tähtsate ülesannete täitmisele ja elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamisele.

Seda on võimalik edukalt teostada siis, kui kõik tervishoiutöötajad ise aktiivselt oma ajakirja kaastööga ja ettepanekutega toetavad.

S A A, T E K S

Kommunistliku Partei ja selle juhi V. I. Lenini juhtimisel toimunud Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon kukutas mõisnike ja kapitalistide võimu ning kehtestas Venemaal töötajate võimu, avades uue ajastu meie maa ja kogu eesrindliku inimkonna elus.

Kogu sotsialistliku ülesehitustöö 40-aastase perioodi kestel on meie partei pühendanud suurt tähelepanu tervishoiuküsimustele. Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XX kongressi otsuse tervishoidu puudutavas osas omistatakse suurt tähtsust Lenini seisukohale profülaktilise suuna suhtes, mis on nõukogude arstiteaduse ja tervishoiu aluseks.

Nõukogude tervishoid rakendab laialdaselt arstiteaduse saavutusi. NLKP XX kongressi direktiivides on öeldud:

«Tagada arstiteaduse arenemist, keskendades nõukogude teadlaste jõud uute meetodite ja vahendite otsimisele profülaktika ja ravi alal».

Nõukogude võimu kehtestamisest alates on Eestis aset leidnud suured majanduslikud ja kultuurialased ümberkujundused, mille tulemusena on paranenud elanike materiaalne heaolu ja tervis. Selle eredaks tõestuseks on pidev suremuse vähenemine, eriti laste osas, ning sündimuse ja elanikkonna keskmise eluea tõus. Tuginedes partei ja valitsuse abile, on Nõukogude Eesti tervishoiuorganid saavutanud tunduvat edu tervishoiutöö organiseerimise ja arendamise alal.

Meie vabariigis on loodud lai tervishoiuasutuste võrk, on ehitatud ja käiku lastud uued haiglad, polikliinikud, laste- ja emadenõuandlad, lastesõimed ja teised meditsiinasutused. Arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate arv on mitmekordistunud. Seoses ravi- ja profülaktika-asutuste võrgu ning kaadri suurenemisega on tekkinud vajadus perioodilise väljaande järele meditsiinilise ajakirja näol kogemuste vahetamiseks ja arstiteaduse uusimate saavutuste kiireimaks juurutamiseks tervishoiu praktikasse.

Eesti arstiteaduslikul kirjandusel on oma väärikas minevik. Nimetagem siin kas või meie rahvaeepose «Kalevipoeg» loojat Fr. R. Kreutzwaldi, kes on ka mitme eestikeelse tervishoiuteose autor. Fr. R. Kreutzwaldi teosed «Lühike õppetud terwise hoidmisest», «Teejuhataja ämma kooliliste õppetuste juures» jt., mis ilmusid 19. sajandi keskel, olid tol ajal laialdaselt loetavateks raamatuteks. Kahtlemata omas teatud tähtsust ka käesoleva sajandi algul Heinrich Koppeli poolt väljaantav ajakiri «Tervis».

Kodanlikul perioodil oli tähtsamaks arstiteaduslikuks väljaandeks ajakiri «Eesti Arst». Märkimist väärib siinkohal ka professor L. Puusepa toimetusel 1924. a. ilmuma hakanud «Folia Neuropathologica Estoniana»,

mis omandas rahvusvahelise kuulsuse. L. Puusepa poolt avaldatud arstiteaduslikke töid hindasid kõrgelt ka suured vene teadlased nagu V. Beh-terev; I. Pavlov, N. Burdenko jt. Pärast Suurt Isamaasõda hakkas meil perioodilise väljaandena ilmuma ajakiri «Nõukogude Eesti Arst», see ilmus kuni 1946. a. augustikuuni. Alates 1954. a. hakkas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium välja andma kogumikku «Nõukogude Eesti Tervishoid». Lähemal ajal ilmub selle kogumiku kuues number. Eesti NSV arstiteadlased on avaldanud ka rida töid venekeelsetes perioodiliselt ilmuvates keskajakirjades.

Meditsiinilise ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» ülesandeks on teadlaste ja praktiliste arstide ulatuslik värbamine kaastööle oma kogemuste jagamiseks ajakirja veergudel teadusliku töö ja elanikkonna meditsiinilise teenindamise parema korraldamise eesmärgil.

Aasta-aastalt lülitub ikka rohkem praktilisi arste teadusliku uurimise töösse.

Vabariigis töötab 29 arstide teaduslikku seltsi, millised etendavad positiivset osa arstide teadusliku kaadri kasvatamisel ja eesrindliku nõukogude arstiteaduse juurutamisel tervishoiu praktikasse.

Ajakirja veergudel peavad kajastuma meie vabariigi meditsiiniala töötajaid huvitavad põhiprobleemid nagu elu-olustikuliste ja sanitaar-hügieeniliste tingimuste parandamine ning tööstustervishoiu kui ka nakkushaigustesse haigestumuse tõhusa vähendamise küsimused, eriti laste hulgas.

Hoolimata tuberkuloosi haigestumuse ja suremuse järsust vähenemisest meie vabariigis viimaste aastate jooksul, peavad tuberkuloosi haigestumuse vähendamise, eriti aga selle haiguse profülaktika küsimused leidma ajakirjas nõutavat käsitlemist.

Nõukogude Eesti meditsiinitöötajad tervitavad suure tänutundega arstiteadusliku ajakirja ilmumist eesti keeles, kui partei ja valitsuse hoolitsuse väljendust tervishoiutöö parandamise alal.

Oma praktilise tööga õigustavad meditsiinitöötajad seda partei ja valitsuse hoolitsust, täites ausalt ja kohusetundlikult oma humaanset osa nõukogude inimese — kommunismiehitaja, tervise kaitse alal. Nõukogude arstid, arstiteaduse eesrindlike ideede ja nõukogude sotsialistliku humanismi kandvad jõud, soovivad meie meditsiinilisele ajakirjale edu antud ülesannete täitmisel.

A. Goldberg,
Eesti NSV tervishoiu minister

Tervishoiutöö paranemine Nõukogude Eestis

A. Nordberg,

meditsiiniteaduste kandidaat,

Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja

1958. aastat võttis nõukogude rahvas vastu tähelepanuväärsete saavutustega majanduse, kultuuri ja tervishoiu alal. NSV Liidu Konstitutsioon kindlustab tasuta arstiabi kõigile kodanikele ning tagab neile õiguse puhkusele ja materiaalsele kindlustatusele vanaduse, haiguse ja töövõimetuse puhul.

NSV Liidus, kus hoolitsus töötajate tervise säilitamise eest on suure riikliku tähtsusega ülesanne, on Kommunistliku partei, Nõukogude valitsuse ja kogu nõukogude rahva ühise tööna loodud sotsialistlik tervishoiuorganisatsioon. Rahva tervise kaitseks riigi eelarvest assigneeritavad summad suurenevad iga aastaga. Näiteks 1957. aastal kulutati NSV Liidus tervishoiule üle 37,5 miljardi rubla, s. o. üle kolme korra rohkem kui 1940. aastal.

Eesti NSV-s assigneeriti 1950. a. tervishoiule 136 miljonit rubla, 1957. aastal suurenes see summa 250 miljoni rublani, s. o. peaaegu kaks korda.

NLKP XX kongressi otsused leidsid nõukogude inimeste hulgas elavat vastukaja. Neis otsustes kajastub Kommunistliku partei ja Nõukogude valitsuse tark poliitika, mis on suunatud majanduse ja kultuuri arendamisele, meie sotsialistliku kodumaa võimsuse edasisele tugevdamisele ning töötajate materiaalse hüvangu tõstmisele.

Nõukogude tervishoiusüsteem on lahutamatu osa sotsialismi saavutustest NSV Liidus: see on tööliste ja talupoegade sotsialistliku riigi võit ning seda juhib Kommunistlik partei ja Nõukogude valitsus. Nõukogude arstiteadus teenib uut kommunistlikku ühiskonda loova nõukogude rahva huve.

Nõukogude tervishoid kujutab endast riiklike ja ühiskondlike ürituste süsteemi, mis on suunatud haiguste vältimisele ja ravimisele ning hügieeniliste tingimuste loomisele tööl ja kodus, mille eesmärgiks on kindlustada nõukogude kodanike maksimaalne töövõime ja pikk eluiga.

Nõukogude rahva materiaalse ja kultuurilise taseme tõusu ja meditsiinilise teenindamise parandamise tagajärjel väheneb aasta-aastalt haigestumus. Haigused nagu rõuged, katk, koolera ja taastuv tüüfus on täielikult likvideeritud, malaaria- ja trahhoomihaigete arv on kümnekordselt vähenenud.

Eesti rahvas tähistas Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 40. aastapäeva uute märkimisväärsede võitudega kõigil rahvamajanduse, kultuuri ja tervishoiu aladel. Tervishoiuorganid Eesti NSV-s on teinud suuri edusamme. Kodanliku süsteemi likvideerimisega Eestis on kaotatud viletsus, tööpuudus ja inimeste ekspluateerimine, mis on alati olnud kõrge haigestumuse ja suremuse põhjuseks.

Hoolimata fašistliku okupatsiooni poolt tervishoiuasutustele tekitatud suurtest kahjustest on meditsiinasutuste võrk tunduvalt laienenud. 1957. a. oli vabariigis 10 435 haiglavoodit, see on 2 korda rohkem kui 1940. a. Tervishoiuasutuste arv on kasvanud kolm korda. Kõik vabariigi meditsiinasutused on varustatud kaasaegsete diagnoosimis- ja ravimis-

aparaatidega. Vabariigis töötab ligi 100 röntgenikabinetti, 204 kliinilist laboratooriumi ja 60 füsioteraapiakabinetti.

Koos tervishoiuvõrgu laienemisega vabariigis kasvas ka meditsiini-kaader. Sõjajärgsel perioodil on lõpetanud Tartu Riikliku Ülikooli rohkem kui 1000 isikut arsti, stomatoloogia ja farmaatsia erialal. Kui esimestel sõjajärgsetel aastatel osa lõpetajatest jäi ülikooli juurde õppejõududeks, siis hiljem suundus enamik neist tööle vabariigi tervishoiuvõrku. 1940. a. oli Eestis üldse 813 arsti, praegu on neid ainuüksi Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis 2074. Lisaks sellele töötab meie teistes süsteemides veel 350 arsti. Elanikkonna kindlustatuse suhtes arstiabiga on meie maa esimesel kohal maailmas. Nõukogude Liidus on 17 arsti 10 000 elaniku kohta. Eesti NSV-le kuulub liiduvabariikide hulgas üks esimesi kohti — 20 arsti 10 000 elaniku kohta. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis on arste 2,5 korda rohkem ja keskharidusega meditsiinitöotajaid 4,5 korda rohkem kui 1940. a.

Tervishoiualaste ülesannete täitmisel omab suurt tähtsust meditsiini-kaadri kvalifikatsiooni tase. Mida kõrgem on tervishoiutöötajate kvalifikatsioon, seda parem on elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteet.

Vastuseks partei ja valitsuse hoolitsusele rahva tervise eest teevad tervishoiutöötajad ausalt ja ennatsalgavalt oma humaanset tööd, olles teadlikud, et nende hoolde on usaldatud kõige kallim vara meie maal — nõukogude inimese tervis.

Võrreldes 1940. aastaga on 1957. aastal üldsuresus vähenenud peaaegu 2 korda ja laste suuresus kuni 3 korda. Vabariigis püsib elanikkonna loomulik juurdekasv. Elanikkonna tervislik seisund on tunduvalt paranenud. Käesoleval ajal on suuresus NSV Liidus väiksem kui Põhja-Ameerika Ühendriikides, Inglismaal või Prantsusmaal.

See aga ei ole veel piiriks, sest vabariigis on olemas üksikuid linnu, kus laste suuresus on tunduvalt madalam keskmisest suuresusest vabariigis.

Laste suuresuse põhjused

	üldse	100 % ₁
sealhulgas:	nakkushaigused	16,3 %
	kopsupõletik	35,0 %
	mao-soolte haigused	6,6 %
	väärarengud	9,0 % ₁
	vastsündinute haigused	23,6 %
	muud põhjused	9,5 %

Loetelust selgub igapähele, et nakkushaiguste, kopsupõletiku ja mao-soolte haiguste arvel võib laste suuresust tunduvalt vähendada, rääkimata vastsündinute haigustest.

Hoolimata märkimisväärtetest saavutustest tervishoiuorganisatsiooni ning profülaktika ja ravialaste ürituste alal, ei rahulda kõik see veel meie rahva suurenenud nõudeid.

Vaatamata rahuldavale varustatusele voodite fondiga on maarajoonides tervishoiuasutused väikese võimsusega ja killustatud. Mõnes rajoonis ei ole nende tegevus küllalt efektiivne.

Kuues viisaastak näeb ette tervishoiuvõrgu edasist väljaarendamist ning elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteedi ja kultuuri parandamist. Rahvamajandusplaan näeb ette ehitada 3 korda rohkem uusi haig-laid kui viiendal viisaastakul. Võrreldes viienda viisaastakuga suureneb haiglavoodite arv kuuenda viisaastaku jooksul 1500 võrra ja kohtade arv lastesõimedes 2000 võrra. 60% uutest voodikohtadest avatakse uutest haig-lates.

Võrreldes 1955. aastaga lasevad tööstused 1960. aastal meditsiiniala-

seid tooteid välja vähemalt 2 korda rohkem. Uute aparaatide, seadiste ja kirurgiliste instrumentide tootmine võimaldab tõsta meditsiinilise teenindamise taset.

Polikliiniku töö peab olema suunatud nakkus- ja muude haiguste (südame-, vereringe-, hingamis- ja seedeelundite haiguste ning pahaloomuliste kasvajate jne.) vältimisele ja ravimisele ning kõige enam levinud haiguste (gripi, angiini, hüpertoonia) ravi kvaliteedi parandamisele.

Kuuenda viisaastaku vältimatuks ülesandeks on ravi- ja profülaktika-asutuste võrgu korraldamine maal. Praegu maal töötavate arstlike ambulatooriumide ja 5-voodiliste haiglate võrk ei kindlusta veel maaelanikkonna spetsialiseeritud meditsiinilist teenindamist. Neljandal ja viiendal viisaastakul avatud rajooni- ja maahaiglate tööd tuleb edaspidi veelgi parandada. Kuuendal viisaastakul tuleb voodikohtade arvu suurendada.

Sanitaar- ja hügieenialaste ürituste läbiviimiseks tuleb meditsiinitöötajail maal külastada sagedamini töölisi vahetult põllutööde juures, eriti seal, kus on tarvis hoolitseda heakvaliteedilise joogivee ja toitlustamise eest ning kontrollida mehhanisaatorite elukondlikke tingimusi.

Lähemate aastate jooksul tuleb lahendada rida aktuaalseid probleeme, nagu düsenteeria, eriti väikelaste düsenteeria profülaktika ja düsenteeria krooniliste vormide ravimise, tuberkuloosi ja gripi profülaktika ja ravimise ning muud küsimused.

Epideemiatorje üritusteks ning nakkushaiguste ja soolenugiliste invasioonide arvu edasiseks vähendamiseks peavad meditsiinitöötajad koos ühiskondlike sanitaarvolinikega ja Punase Risti organisatsioonidega juhtima elanikkonna tähelepanu lihtsamate sanitaaralase ja epideemiatorje ürituste vajadusele nakkushaiguste vältimiseks. Tuleb tõsta elanikkonna teadmisi nakkushaiguste vältimise alal. Selle ülesande teostamiseks tuleb ühiskondlikud organisatsioonid kohalike nõukogude abil kaasa tõmmata ja levitada elanike hulgas meditsiinialaseid teadmisi. Sanitaarharidustöö peab moodustama lahutamatu osa kõigi tervishoiutöötajate töös.

Meie maal on loodud kõik tingimused haiguste vältimiseks ja ravimiseks. Aastatel 1958—1965 avarduvad need tingimused veelgi vastavalt sotsialistliku ülesehitustöö kasvu ja nõukogude arstiteaduse saavutustele. Kuuenda viisaastaku plaanis ette nähtud elanikkonna sissetuleku suurenemine, hoogne tegevus elamuehituse ja heakorrasuse alal, toiduainete tootmise tõus, assigneeringute suurenemine tervishoiule — kõik see parandab elutingimusi, tõstab tervishoiutöö taset, soodustab meie maa rahvaste füüsilist arenemist, pikendab inimeste eluiga, loob soodsad tingimused nõukogude tervishoiutöö edasiseks arendamiseks ja laiendamiseks ning profülaktilise suuna süvendamiseks.

Kuuenda viisaastaku jooksul laieneb tunduvalt ravi- ja profülaktika-asutuste võrk, mis varustatakse uusima tehnikaga.

Suureneb arstide arv ja keskharidusega meditsiinkaader, tõuseb nende kvalifikatsioon ja töökultuur.

See kõik võimaldab meie vabariigi tervishoiuorganitel laialdaselt hoolitseda haiguste profülaktika eest ja osutada elanikkonnale tasuta arstiabi.

NLKP XX kongress andis juhtnöörid tervishoiualase töö edasiseks parandamiseks. NSV Liidu rahvamajanduse ja kultuuriala ülesehituse perspektiivplaan 1959—1965 aastatel avab veelgi suuremad võimalused elanikkonna haigestumuse ja suremuse vähendamiseks ning inimeste eluea pikendamiseks. Seoses sellega annab NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium tervishoiuorganitele ja meditsiinitöötajatele suured ülesanded elanikkonna teenindamiseks:

- 1) nakkus- ja parasitaarsete haiguste vältimine, haigestumuse struktuuris kõrget erikaalu omavate haiguste vältimine;

- 2) noore sugupõlve tervise ja füüsilise arenemise kindlustamine, mille sihiks on laste haigestumuse vältimine juba varajastest elueast alates ning laste suremuse edasine vähendamine;

3) tööliste ajutise töövõimetuse ja invaliidsuse vähendamine.

Nakkushaiguste vältimisel tuleb erilist tähelepanu pöörata võitlusele düsenteeria ja kõhutüüfusega. Tuleb piirata gripi epideemilist levikut, sest gripp avab tee teistele nakkus- ja somaatilistele haigustele.

Järsult tuleb vähendada haigestumust difteeriasse, poliümüeliiti, nakkuslikku kollatõppe ning puuk-entsefaliiti jt. Laste suremust võib vähendada eelkõige profülaktilise töö parandamisega varaealiste laste hulgas, pühendades erilist tähelepanu kuni ühe aastaste laste kopsupõletikule ja mao-sooltehaigustele.

Peab veelgi vähendama emade haigestumust ja suremust ning surnult-sündinute arvu.

Vabariigi ravi- ja profülaktikaasutused peavad tunduvalt laiendama ja tõstma elanikkonna ambulatoorse ja polikliinilise teenindamise kvaliteeti, tugevdama haiglavälise abi profülaktilist funktsiooni ning täielikult kindlustama laste ja rasedate naiste profülaktilist teenindamist.

1958.—1965. aastate jooksul peab vähenema tuberkuloosi haigestumus ja suremus 3—4 korda. See saavutatakse profülaktiliste ürituste laiendamise ja tuberkuloosihaigete ravimise parandamise teel.

Tunduvalt tuleb vähendada haigestumust pahaloomulistesse kasvaja-tesse, reumatismi retsiidiive kooliealiste laste hulgas, reumaatilisi südamehaigusi ja kardioskleroosi-, stenokardia- ja hüpertooniajuhtumite arvu ning vähendada kõrva-, nina- ja kurguhaiguste juhtumeid (tonsilliidid, angiinid, otiidid), mis etendavad suurt osa reatõsiste haiguste etioloogias (südame- ja veresoontehaigused, reumatism, krooniline sepsis, neeruhaigused jt.). Tuleb parandada elanikkonna teenindamist hambaravi alal.

Kõikide ülalmainitud ülesannete täitmiseks on tarvis rakendada laialdasi sanitaar-, hügieeni-, ravi- ja profülaktikaalaseid üritusi, organiseerida massilisi järelevaatusi varajaste tuberkuloosivormide ja vähktõve ning vähile eelnevate haiguste avastamiseks, hamba- ja suuõõnehaiguste profülaktikat, tervist kahjustavate ainetega kokkupuutuvate noortööliste ja tootlustööliste, kommunaal- ning lasteasutuste töötajate perioodilisi järelevaatusi. Dispanseerise teenindamise kvaliteedi parandamiseks tuleb laiendada elanikkonna dispanseerimist meditsiiniliste näidustuste alusel (kuni 20% väljaselgitatud haigustest).

Suur ja aktuaalne ülesanne on ratsionaalse toitlustamise juurutamine ühiskondliku toitlustamise ettevõtetes ja toidu vitaminiseerimine.

Sanitaarharidustööd on vaja tunduvalt tõhustada. See pole mitte ainult sanitaararsti peamine ülesanne, vaid sellega peab tegelema iga meditsiinitöötaja.

Töö tõhustamine epideemiatõrje alal nõuab sanitaar-epidemioloogia jaamade või rajoonihaiglate vastavate osakondade tugevdamist ja nende töökultuuri tõstmist.

Vabariigi tervishoiuorganite ees seisab tõsine töö meditsiinkaadri kasvatamisel, keskharidusega meditsiinipersonali ettevalmistamise parandamisel ja kõigi meditsiinitöötajate kategooriate kvalifikatsiooni tõstmisel.

Suuri ülesandeid tuleb lahendada teadusliku uurimise instituutidel ja Tartu-Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kateedritel uute efektiivsemate profülaktika-, ravi- ja diagnostikavahendite otsimisel ning nõukogude ja välismaa arstiteaduse uute saavutuste kiiremal ellurakendamisel meie tervishoiusüsteemis.

Eesti NSV Ülemnõukogu märkis oma istungjärgul 25.—27. septembril 1956. a., et ravi- ja profülaktikaasutuste töö parandamise küsimuste alal võivad kohalikud töörahva saadikute nõukogud ja nende juures asuvad alalised tervishoiukomisjonid palju korda saata. Tuleb eelkõige ära kasutada kohalikud reservid ja võimalused niihästi ruumide eraldamise või vahetamise teel tervishoiuasutuste jaoks, kui ka lisavahendite eraldamise teel ravi- ja lasteasutuste remontimiseks.

Eesti NSV meditsiinitöotajate ülesanne seisab selles, et loovalt ja laiahaardeliselt ellu viia partei XX kongressi direktiive tervishoiu osas ja realiseerida Eesti NSV Ülemnõukogu kolmanda istungjärgu otsused ning meditsiinitöotajate üleliidulise aktiivi resolutsioonid.

К дальнейшему подъему здравоохранения в Эстонской ССР

А. А. Нордберг

Резюме

Советский народ встретил 1958 год со значительными достижениями во всех отраслях промышленности и сельского хозяйства, культуры и здравоохранения. Трудный и славный путь прошло советское здравоохранение за годы советской власти. В нашей стране на деле осуществлено право всех граждан на бесплатную медицинскую помощь. Это право гарантируется конституцией Эстонской ССР. Забота о здоровье трудящихся в Советском Союзе является задачей большого государственного значения. Благодаря заботам Коммунистической партии и советского правительства в нашей стране создано лучшее в мире народное здравоохранение и социальное страхование.

На охрану здоровья народа ассигнуются по государственному бюджету значительные средства, которые с каждым годом увеличиваются. В Эстонской ССР на здравоохранение в 1950 году было ассигновано 136 миллионов рублей, в 1957 году эта сумма увеличилась до 250 миллионов рублей, т. е. почти в два раза. Это позволило в 1957 году увеличить количество больничных коек до 10.435, что в два раза больше чем в 1940 году. Количество медицинских учреждений увеличилось вдвое.

С развитием сети увеличились и медицинские кадры. Количество врачей в Эстонской ССР увеличилось в 2,5 раза, а среднего медицинского персонала в 4,5 раза, по сравнению с 1940 годом, и теперь мы имеем на 10.000 населения 20 врачей (по СССР 17 врачей на 10.000 населения).

В результате роста материального благосостояния и культурного уровня советского народа, благодаря улучшению качества медицинского обслуживания уменьшились заболеваемость и смертность населения. Общая смертность населения уменьшилась в два, а детская смертность почти в три раза по сравнению с 1940 годом.

XX съезд КПСС наметил широкие перспективы дальнейшего улучшения охраны здоровья населения. Перспективный план развития народного хозяйства и культурного строительства СССР на 1959—1965 гг. открывает еще большие возможности снижения заболеваемости и смертности населения, повышения уровня народного здоровья, увеличения продолжительности жизни и активного долголетия. В связи с этим Министерство здравоохранения СССР ставит перед органами здравоохранения и коллективами медицинских работников большие задачи по обеспечению дальнейшего подъема народного здоровья.

В течение ближайших лет органам и учреждениям здравоохранения необходимо решить ряд актуальных проблем по профилактике и лечению заболеваний:

1. Резкое снижение инфекционных и паразитарных болезней, значительное снижение заболеваний, занимающих высокий удельный вес в структуре заболеваемости.

2. Укрепление здоровья и физического развития подрастающего поколения, имеющее целью действенную профилактику заболеваний, берущих начало в раннем возрасте, дальнейшее снижение детской смертности

3. Снижение временной нетрудоспособности и инвалидности рабочих.

Реализация всех вышеизложенных задач требует проведения широких оздоровительных, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий — проведения массовых осмотров на выявление ранних форм туберкулеза, раковых и предраковых заболеваний, профилактика заболеваний зубов и полости рта, периодические осмотры рабочей молодежи, рабочих, соприкасающихся с вредными веществами, и рабочих пищевых предприятий, коммунальных и детских учреждений.

Резкое повышение качества и эффективности диспансерного обслуживания населения. Актуальной задачей является разработка и внедрение рационального питания на предприятиях общественного питания, проведение витаминизации пищи.

Значительно должна быть усилена работа по санитарному просвещению, как одному из основных методов деятельности не только санитарного врача, а также каждого медицинского работника. Органам здравоохранения республики предстоит серьезная работа по воспитанию медицинских кадров, улучшению подготовки среднего медицинского персонала, повышению квалификации всех категорий медицинских работников.

Задача медицинских работников Эстонской ССР состоит в том, чтобы творчески с широким размахом претворить в жизнь решения XX съезда КПСС по вопросам здравоохранения и выполнить постановление третьей сессии Верховного Совета Эстонской ССР и решение актива медицинских работников СССР.

Meditsiinkaadri ettevalmistamisest TRÜ Arstiteaduskonnas kuuendal viisaastakul

A. Linkberg,

professor, TRÜ Arstiteaduskonna dekaan, meditsiiniteaduste doktor.

TRÜ Arstiteaduskond on üks vanimaid ja suurimaid teaduskondi meie ülikoolis. Ta eksistents ulatub läbi mitmete ühiskondlike formatsioonide ja siin on õppinud palju ülemaailmse kuulsusega õpetlasi. TRÜ Arstiteaduskond on oma eksisteerimise vältel välja lasknud kümneid tuhandeid kõrgema haridusega meditsiinitöötajaid. Käesoleva sajandi esimese poole kahest suurest imperialistlikust maailmasõjast jättis eriti viimane sügavaid jälgi meie arstiteaduskonnale. Üle kolme aasta kestnud fašistlik okupatsioon tõi raskeid kannatusi ja materiaalseid kaotusi nii õppejõudude koosseisule kui ka õppebaasidele. Nagu kogu meie arstikond, nii sai ka meie arstiteaduskond okupatsiooniajal väga raskesti kannatada just koosseisu osas. Oma kõnes I Eesti NSV tervishoiutöölise kongressil, mis peeti 9.—11. märtsini 1945. a. Tallinnas, tõi tolleaegne arstiteaduskonna dekaan professor V. Vadi TRÜ Arstiteaduskonna õppejõudude koosseisu kohta enne ja pärast okupatsiooni järgmised andmed:

	1941. a., enne okupatsiooni:	1. I 1945. a., pärast oku- patsiooni
Kateedrijuhatajaid-professoreid	23	13
Kateedrijuhatajaid-dotsente	6	
Kateedriprofessoreid ja dotsente	3	
Vanemõpetajaid	6	4
Assistente	61	20
Seega kokku määralisi õppejõude	99	37

Seega kaotas arstiteaduskond okupatsiooniajal 62 inimest. Säärane suur õppejõudude kaotus oli fašistliku okupatsioonipoliitika tagajärg. Eriti raskesti andis end tunda kateedrijuhatajate-professorite kaotus, sest 32 isikust jäi järele ainult 13. Kõige valusamaks kaotuseks oli prof. L. Puusepa surm 1942. a. Ka üliõpilaste arv oli okupatsiooniaja vältel langenud 641-lt üliõpilaselt 1940/41. a. 552-le üliõpilasele 1. I 1945. a. ning seda just peamiselt raviosakonna arvel. 1. I 1945. a. oli üliõpilasi raviosakonnas 353, stomatoloogiaosakonnas 60 ja farmaatsiaosakonnas 139.

Vähemad ei olnud meie kaotused ka õppebaaside — laboratooriumide ja kliinikute näol. Sõjakeerises läksid okupatsiooniajal kaotsi ja purunesid meie paremad biokeemialaboratooriumid bakterioloogiainstituudis Aia tänaval ja teaduskonna sisehaiguste kliinikus Toomel. Meie kliinilistest õppebaasidest kaotas arstiteaduskond kolm kliinikut 300 voodikohaga ja stomatoloogia polikliiniku, mis maha põlesid. Selline oli olukord meil TRÜ Arstiteaduskonnas pärast üle kolme aasta kestnud fašistlikku okupatsiooni.

Tõin need faktilised andmed ja kirjeldasin 1945. a. arstiteaduskonnas valitsenud olukorda selleks, et võrrelda neid tänapäevaga. Ja peab ütlema, et on saavutatud edu. Meil, Nõukogude Liidus, on viimasel ajal ellu viidud põhimõte, et iga nõukogude sotsialistlik vabariik peab ise endale kohapeal vastavad kaadrid ette valmistama, sest nagu praktika näitab, on selles kohalikud kaadrid palju püsivamad. Nii ongi meie TRÜ Arstiteaduskond oma kolme osakonnaga kujunenud ENSV Tervishoiu Ministriumi kõrgema haridusega meditsiinitöötajate sepikojaks ja ta on oma ülesannet kõrgema haridusega meditsiinkaadri ettevalmistamisel võt-

nud väga tõsiselt. Kui ajavahemikul 1945.—1950. a. arstiteaduskonna lõpetajate arv oli väga väike ja piirdus vaevalt mõnekümnega aastas, siis oli Tervishoiu Ministeeriumil muidugi suuri raskusi tühjade arstikohtade täitmisega ja oldi sunnitud naabervabariikidest arste sisse tooma, et rahuldada kõige hädavajalikumaid tervishoiualaseid nõudeid. See kestis kuni 1951. aastani. Siis hakkas lõpetama juba rohkem noori, kes olid ülikooli astunud pärast okupatsiooni. Alates 1956. aastast lõpetab igal aastal TRÜ Arstiteaduskonna keskmiselt 150 arsti, 24 stomatoloogi ja 25 farmatseuti. Me räägime siin peamiselt arstiteaduskonna raviosakonnast, kus vajadus lõpetanute järgi on suurem kui arstiteaduskond praegu suudab ette valmistada, kuid minu arvates juba käesoleva viisaastaku lõpuks olukord muutub ja teaduskond suudab anda vajaliku hulga arste. Stomatoloogiaosakond ja farmaatsiaosakond suudavad juba praegu rahuldada vabariigi tarviduse. TRÜ Arstiteaduskonnas õpib 1957./58. õppeaastal kolmes osakonnas kokku 1139 üliõpilast, neist raviosakonnas 914, stomatoloogiaosakonnas 94 ja farmaatsiaosakonnas 131 üliõpilast.

Selge ülevaate saamiseks lõpetajate arvust ja kaadri juurdekasvust järgmistel aastatel, esitame andmed üliõpilaste arvu kohta kursuste järgi 1957./58. õppeaastal:

Raviosakond:

I kursus	172 (eesti osak.	137	vene osak.	35)
II	„ 156 („ „	123	„ „	33)
III	„ 144 („ „	101	„ „	43)
IV	„ 145 („ „	101	„ „	44)
V	„ 153 („ „	119	„ „	34)
VI	„ 144 („ „	96	„ „	48)

Kokku 914 üliõpilast

Stomatoloogiaosakond:

Farmaatsiaosakond:

I kursus	24
II	„ 23
III	„ 27
IV	„ 20

I kursus	23
II	„ 21
III	„ 27
IV	„ 35
V	„ 25

Kokku 94 üliõpilast

Kokku 131 üliõpilast

Loomulikult oli meil esimestel sõjajärgsetel aastatel palju raskusi nii ravi- kui ka diagnostikaaparatuuriga, samuti laboratooriumide sisustusega, millest nüüd tänu Tartu Riikliku Ülikooli kui ka ENSV Tervishoiu Ministeeriumi abile, on üle saadud. Palju materiaalset abi on osutanud meie raviasutustele ka Tartu Linna Täitevkomitee. Nende asutuste ühisel jõul ja hoolitsusel on Tartu linna raviasutused, mis on ühtlasi TRÜ Arstiteaduskonna õppebaasiks, varustatud hädavajaliku ravi- ja diagnostikaaparatuuriga kui ka laboratooriumide sisustusega. See kõik on eelduseks paremini kvalifitseeritud kaadri väljalaskmisele. Ühes materiaalse baasi täiendamisega on tunduvalt paranenud ka meie õppe-pedagoogiline koosseis võrreldes 1. I 1945. a. andmetega. Nii oli arstiteaduskonnas:

	1. I 1945. a.	1. I 1958. a.
Kateedrijuhatajaid-professoreid ja -dotsente	13	33
Vanemõpetajaid	4	10
Assistente	20	70

Seega ületab teaduskonna õppejõudude üldarv sõjaeelse seisuga 14 isiku võrra. Siiski jääb meil veel puudu teaduste doktoreist ja professoreist.

Esimesed 8—10 aastat pärast fašistlikust okupatsioonist vabanemist möödusid TRÜ Arstiteaduskonnas peamiselt õppetöö organiseerimise ja korraldamise ning õppebaaside vajaliku inventariga ja aparatuuridega varustamise tähe all, kusjuures peamine eesmärk oli anda ENSV Tervishoiu Ministeeriumile rohkem ja paremini ettevalmistatud kaadrit. Samuti oli päevakorras õppe-pedagoogilise koosseisu poliitiliste teadmiste täiendamine.

Viimastel aastatel on NLKP XX kongressi otsuste alusel teostatud märgatavaid ümberkorraldusi arstiteaduskonna õppe- ja kasvatustöös. Kõrgema hariduse Ministeeriumi vastava instruktiivkirja põhjal on ülikooli ning teaduskonna õigusi tunduvalt suurendatud. Meil on praegu võimalus kohalikele vajadustele vastavalt õppeprotsessi muuta. Nii töötab meil juba teist aastat pediaatria osakond, mis andis möödunud aastal oma esimesed lõpetajad, kes kõik oma erialale tööle suunati. Õppeplaani on võetud mitu fakultatiivset ainet, kõikides õppeainetes on suurendatud üliõpilaste iseseisva töö tähtsust, kavas on laiendada menetluspraktikumi ulatust jms. Kohalikele vajadustele ja Tervishoiu Ministeeriumi nõudmistele vastavalt on teaduskonnal võimalusi teha veel teisigi ümberkorraldusi õppetöös.

Vastavalt partei XX kongressi otsustele on meie kaader viimastel aastatel aktiivselt asunud lahendama ka teaduslikke probleeme. Teaduslike tööde tase on tõusnud ja lõpetatud ning avaldatud tööde hulk suureneb iga aastaga. Tänu materiaalse baasi täienemisele ning kaadri kvalifikatsiooni tõstmisele paraneb ka arstiteaduskonna tööde temaatika: nii on 1958. aastal arstiteaduskonna teaduslike tööde plaanis 16 probleemi, mis hõlmab 110 teemat. Osa nendest töödest käsitleb küsimusi, mis omavad üleliidulist tähtsust. Kuid on ka kohalikku patoloogiat käsitlevaid töid. Tööde trükkis avaldamine ja populariseerimine osutus meil väga piiratuks, mis loomulikult ei stimuleerinud tööde autoreid.

Ei saa olla teadust, mis muutumatult paigal püsiks, nii areneb ja liigub pidevalt edasi ka arstiteadus, eriti meie aatomiajärgul. Eesti NSV tervishoiusüsteemis töötab üle 8000 inimese. On arusaadav, et kui see töötajate suur kaader tahab oma ülesannete kõrgusel olla, peab ta end kogu aeg täiendama. Seda saab teostada vastava erialase kirjanduse kaudu. Et meil aga on palju selliseid tervishoiutöötajaid, kes mitmesugustel põhjustel ei saa meditsiinialast keskajakirjandust lugeda, siis on tungiv vajadus oma tervishoiualase ajakirja järele. Tervishoiu Ministeerium on siin suure töö ära teinud. Tuleb ainult kahetseda, et selleks nii palju aastaid kulus, kuna meie vennasvabariikides juba ammu oma tervishoiualased ajakirjad ilmuvad.

Väärib märkimist, et prof. Heinrich Koppel pani juba 1903. aastal aluse esimesele eesti arstiteaduslikule ajakirjale, millel oli suur tähtsus eesti meditsiinilise kirjanduse arengus ja arstiteaduslike küsimuste rahvale selgitamisel. Ilmuma hakkav ajakiri peab saama meie Tervishoiu Ministeeriumi häälekandjaks, millega TRÜ Arstiteaduskond peab olema kõige tihedamas kontaktis ja kogu oma kollektiiviga kaasa töötama.

TRÜ Arstiteaduskond soovib jätkata ja veelgi süvendada ENSV Tervishoiu Ministeeriumiga tihedat koostööd ja vastastikust abistamist meie ühise eesmärgi saavutamiseks: olla valvel töötava rahva tervise kaitseks.

Olgu meie tervishoiutöötajate ajakiri selleks tuletorniks ja valguseallikaks, mis aitab meie töötaval rahval osa võtta tervishoiuprobleemide lahendamisest ja senisest paremini järgida üleskutset, mille püstitas tegelek elu nõukogude võimu esimestel päevadel ja mida kordas NSV Liidu tervishoiu minister M. Kovrigina oma ettekandes NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia juubeli-istungil: «Töötajate tervise kaitse on töötajate endi asi». Palju aastaid ja edu meie uuele eestikeelsele meditsiini-ajakirjale!

О подготовке медицинских кадров на медицинском факультете Тартуского государственного университета в шестой пятилетке

Проф. А. Линкберг

Резюме

Медицинский факультет Тартуского госуниверситета одно из старейших медицинских учебных заведений Советского Союза, он дал много ученых медиков. Вторая мировая война и немецкая оккупация нанесли тяжелый ущерб медицинскому факультету. Из 99 человек профессорско-преподавательского состава в 1945 году было лишь 37 человек; не меньше пострадала и учебная база, лаборатории и клиники.

За годы советской власти медицинский факультет проделал большую работу, подготовил больше 1000 человек, получивших диплом врача, врача-стоматолога и фармацевта. В первые послевоенные годы были трудности с учебными пособиями и оборудованием кафедр. Благодаря помощи университета и Министерства здравоохранения сейчас лаборатории и клиники оснащены современным оборудованием. Профессорско-преподавательский состав вырос на 14 человек больше, чем было до войны; отстает еще рост докторов наук и профессоров.

Преподавательский состав активно включился и в научную работу и в повышение своей квалификации. Научные работы стали целеустремленные, наряду с изучением местной патологии многие научные исследования имеют общесоюзное значение.

Выпускаемый журнал «Здравоохранение Советской Эстонии» должен служить укреплению связи между медфакультетом, Министерством здравоохранения и медико-санитарными учреждениями республики.

Arstiteaduse arenemisest vabariigis

A. Gunter,

meditsiiniteaduste kandidaat,
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esimees

Nõukogude arstiteaduse jõud seisneb tema seoses praktilise tervishoiuga. Haiglates, polikliiniku kabinettides ja ravi- ning profülaktikaalaste abinõude rakendamisel aga tekivad teadlaste ees iga päev uued ülesanded. Peale teadusliku töö uurimisasutustes omab suurt tähtsust uurimistöö igakülgne arendamine arstide-praktikute hulgas.

Meie vabariigis areneb meditsiinialane teaduslik uurimistöö iga aastaga ja vastab praktilise arstiteaduse nõuetele. Seda tööd koordineerib ja juhib Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu.

Väga suurt tähtsust vabariigi arstiteadusliku uurimistöö arenemisel omas NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia ühendatud seminar 1950. a., mille otsused said arstiteaduse arenemise aluseks vabariigis ja määrasid selle suuna.

1952. a. asus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esmakordselt koostama arstiteaduslike tööde plaani kogu vabariigi ulatuses. Esiteks oli tarvis teaduslikku uurimistööd koordineerida; teiseks oli vaja kindlustada üksikute küsimuste võimalikult suurema kompleksi läbitöötamine; kolmandaks oli tarvis juhendada tööde üldsuunda ja osutada teaduslikus töös vajalikku abi ning lõpuks välja selgitada uurimused ja nende teostajad, kes kuni 1952. aastani mitmesugustel põhjustel ei võtnud osa Õpetatud Nõukogu tööst. Teaduslikku uurimistöösse oli vaja kaasa tõmmata arste-praktikuid. Plaani koostamise peamiseks eesmärgiks oli suunata teaduslik uurimistöö elanikkonna tervise kaitsmise ja põhiliste nakkushaiguste tõrje aktuaalsete küsimuste lahendamisele.

Aastad 1951—1953 kulusid vabariigi arstide teaduslike seltside töö kvaliteedi parandamisele. Käesoleval ajal etendavad need seltsid suurt osa meditsiinkaadri kasvatamisel ja aitavad lahendada tervishoiutöö organiseerimise küsimusi.

Kuni 1952. aastani tegelesid meie vabariigis teadusliku tööga peamiselt kaks asutust: Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Selleks ajaks oli ilmunud ajakirjades umbes 10 artiklit. Eesti arstid-praktikud ei tegelnud teadusliku uurimistööga.

1953. aastal muutus teaduslik uurimistöö plaanipärasemaks. Selle aasta teaduslike tööde plaani arutati üksikasjaliselt Õpetatud Nõukogu presiidiumi koosolekul, mille tagajärjel paranes teaduslik uurimistöö. Plaani täitmisest võtsid osa ka arstid-praktikud. Plaanis oli 12 probleemi ja 169 teemat. Nende tööde täitmisest võtsid osa Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut ning 13 Tervishoiu Ministeeriumi ravi- ja profülaktikaasutust. 1953. aastal võtsid teaduslikust uurimistööst osa 103 teaduslikku töötajat ja 86 praktilist arsti. Aastast aastasse võtab teaduslikust uurimistööst osa üha rohkem töötajaid.

Tööde planeerimisel lähtub Õpetatud Nõukogu nende aktuaalsusest ja tähtsusest praktilise tervishoiu igapäevaste ülesannete lahendamisel.

Peamist tähelepanu küsimuste läbitöötamisel osutatakse kohalikule patoloogiale või kohalikule epidemioloogiale ja profülaktikale ning haiguste ravimise iseärasustele.

Käesoleval ajal teostatakse vabariigis teaduslikku uurimistööd 16 probleemi järgi, milledest 1958. a. lahendatakse 293 teemat. Teadusliku uurimistööga tegelevad 12 professorit, 171 dotsenti, assistenti, vanemõpetajat, teaduslikku töötajat ja 138 arsti-praktikut. Edukalt tegelevad teadusliku tööga arstid kahes vabariiklikus haiglas, Tartu Linna Kliinilises Haiglas, Vabariiklikus Struumatörje Dispanseris, Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris, Vabariiklikus Tuberkuloositörje Dispanseris, Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas ning Viljandi Linnahaiglas. Teadusliku uurimistööga ei tegele veel teised rajooni- ja linnahaiglad ning Pärnu kuurordi arstid. Suurt abi teaduslike tööde juhendamisel osutab Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud, teaduslike uurimise instituutide teadlased, professor M. Mastbaum (Tallinn) ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistid. Edasise loova koostöö arendamine teaduslike töötajate ja arstide-praktikute vahel on nõukogude tervishoiu ja nõukogude arstiteaduse edu pant.

Arstiteadusliku uurimistöö probleemistik on meie vabariigis käesoleval ajal kindlaks määratud. Need probleemid on järgmised:

1. Närvisüsteemi talitluse peamised mehhanismid ja nende osatähtsus organismi talitluste reguleerimisel.
2. Tuberkuloos ja selle törje.
3. Tööhügieen ja kutsehaiguste profülaktika.
4. Eesti NSV asustatud punktide hügieen.
5. Võitlus traumatismiga ja diagnoosimise ning ravi- ja kirurgia-alaste meetodite arendamine.
6. Seedimise ja ainevahetuse füsioloogia ja patoloogia.
7. Võitlus mao- ja soolte- ning piisnakkustega, protozoiliste haigustega ning nугiliste invasiooniga.
8. Vere- ja vereringe füsioloogia ja patoloogiaalaste tööde arendamine.
9. Reumatismi profülaktika, diagnoosimine ja ravimine.
10. Struuma ja türeopaatiaid Eesti NSV tingimustes.
11. Emade ja laste tervise kaitse.
12. Kasvajaprotsesside diagnoosimine ja ravimine.
13. Epideemiline poliomüeliit ja teised viiruslikud neuroinfektsioonid Eesti NSV-s.
14. Tööde arendamine arstiteadusliku radioloogia alal.

15. Raviainete toimemehhanism ja uute farmakoloogiliste, kemoterapeutiliste ning teiste ravi- ja profülaktikavahendite otsimine.

16. Tervishoiu organisatsioon.

Teadusliku uurimistöö tervishoiu praktikasse juurutamist teostatakse eelkõige nende tööde avaldamise teel. Käesoleva ajani on meie vabariigis avaldatud ja trükki antud kõik teaduslikud uurimistööd, mis olid kuni 1956. aastani lõpetatud. Mainitud töid avaldati «Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetistes», kogumikus «Tööhügieeni küsimusi Eesti NSV põlevkivitööstuses», «Tartu Riikliku Ülikooli Toimetistes», kogumikus «Nõukogude Eesti Tervishoid», vabariiklike ja vabariikidevaheliste teaduslike konverentside ettekannete teesides ja arstiteaduslikes keskajakirjades. Üksikud tööd on ilmunud rahvademokraatiamaade arstiteaduslikes ajakirjades. Üldse on 1956. a. ilmunud 175 tööd ja avaldamisele saadetud 87 tööd.

Eesti NSV-s 1955. ja 1956. aastal ilmunud meditsiinialased uurimistööd ja populaarteaduslikud ettekanded

Aasta	Lõpetatud tööd	Trükitud	Trükkimisele antud	Ettekanne- te arv teaduslikel konverentsidel	Teaduslike arstide selliste koosolekutel esitatud ettekannete arv	Arstiteadust populariseerivate loengute arv
1955	169	192	42	251	366	388
1956	175	178	87	307	311	612

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium juurutab teaduslike tööde tulemusi praktikasse uute ravimeetodite, ravi- ja profülaktikavahendite ning meditsiinialaste leiutuste approbeerimise komitee kaudu.

Viimasel ajal praktikasse juurutatud uutest täiendatud diagnoosimis-, profülaktika- ja ravimeetoditest peab mainima järgmisi: rutiin, tuberkuloosibakterite uus kultiveerimismeetod, tuberkuloossete artriitide ravimine liigesesse viidud ioniseeritud õhuga, traumaatilise iridodialüüsi opereerimise meetod, silmalaugude spastilise opereerimise meetod, uus operatsioonimeetod bronhiaaluuriste sulgemiseks deepidermiseeritud nahalapiga.

Torujate luude ja reieluukaela murdude puhul kasutatakse originaalseid osteosünteesi aparate, nagu J. Ennulo, L. Šostaki ja A. Seppo aparaat, K. Räägo poolt konstrueeritud aparaat põhiainevahetuse määramiseks, A. Rulli tono-intervallograaf ja L. Šotteri uus elektromagnet vöörkehade kõrvaldamiseks silmast. Praktikas kasutatakse originaalseid Tartu Riikliku Ülikoolis valmistatud aero- ja hüdroaeroionisaatoreid.

Käesoleval ajal on vahariigis kliinilisel approbeerimisel järgmised Tallinna farmatseutilises vahetehases sünteesitud ja valmistatud originaalsed preparaadid: vähivastane preparaat «kartsisaan», reumavastane vahend «uropüriin», biogeenne stimulaator «orasiin», «trihhosaan» ja teised.

Peamiseks puuduseks ja raskuseks meie töös on asjaolu, et teadusliku uurimistöö koordineerimine NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia poolt, eriti reumatismi probleemi alal, ei seisa veel vajalikul kõrgusel. Peale selle ei ole suutnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu hästi tööle rakendada probleemikomisjone ja alalisi komiteesid. Samuti ei ole teaduslik nõukogu suutnud küllaldaselt kindlustada arstidepraktikute teadusliku uurimistöö juhendamist ning vahendite puudumise tõttu ei ole osutatud vajalikku abi leiutajatele ja ratsionaliseerijatele arsti-

teaduse alal. Arstide teaduslike seltside tööd juhiti nõrgalt. Veel käesoleva ajani ei ole kõikidel seltsidel teaduslikku juhendajat.

Tervet rida küsimusi emade ja laste tervise kaitse, kommunaalhügieeni, arstiteaduse ajaloo ja teistelt aladelt käsitletakse meie vabariigis nõrgalt.

Täites Kommunistliku partei direktiive ning lähtudes teaduslikus uurimistöös eesrindliku nõukogude arstiteaduse printsiipidest, võivad meie vabariigi meditsiinitöötajad edaspidi üha põhjalikumalt lahendada arstiteaduse ja tervishoiuorganisatsiooni aktuaalseid probleeme, et sellega parandada vabariigi elanikkonna tervise kaitset ja anda omapoolne panus kommunismi ehitamisel.

За дальнейшее развитие медицинской науки в республике

А. Гунтер

Резюме

В Эстонской ССР научно-исследовательская работа по медицине расширяется с каждым годом и соответствует запросам практической медицины. В 1952 году Ученый совет Министерства здравоохранения Эстонской ССР впервые приступил к составлению общереспубликанского плана научных работ. Было необходимо провести координацию научно-исследовательской работы, обеспечить комплексность в разработке отдельных вопросов, руководить общим направлением проводимых исследований и оказывать помощь в научной работе.

При планировании работ Ученый совет исходит из их актуальности и значения для разрешения насущных задач практического здравоохранения.

Проблематика научно-исследовательской работы в области медицины в нашей республике в настоящий момент в значительной степени определялась. Эти проблемы следующие:

1. Основные механизмы деятельности нервной системы и их роль в регуляции функций организма.
2. Туберкулез и борьба с ним.
3. Гигиена труда и профилактика профессиональных заболеваний.
4. Гигиена населенных мест Эстонской ССР.
5. Борьба с травматизмом и развитие хирургических методов диагностики и лечения.
6. Физиология и патология пищеварения и обмена веществ.
7. Борьба с желудочно-кишечными и капельными инфекциями, протозойными заболеваниями и глистными инвазиями.
8. Развитие работ по физиологии и патологии кровообращения и крови.
9. Профилактика, диагностика и лечение ревматизма.
10. Зоб и тиреопатии в условиях Эстонской ССР.
11. Охрана здоровья матери и ребенка.
12. Диагностика и лечение опухолевых процессов.
13. Эпидемический полиомиелит и другие вирусные нейроинфекции в Эстонской ССР.
14. Развитие работ по медицинской радиологии.
15. Механизм действия лекарственных веществ и изыскание новых фармакологических, химиотерапевтических и других лечебно-профилактических средств.
16. Организация здравоохранения.

Внедрение научно-исследовательских работ в практику здравоохранения проводится прежде всего путем их опубликования. В 1956 году, например, опубликовано 175 работ.

За последнее время внедрены в практику новые усовершенствованные методы диагностики, профилактики и лечения, как-то препарат рутин, новый метод культивирования туберкулезных бактерий, лечение туберкулезных артритов ионизированным воздухом, введенным в сустав, лечение радикулитов эпидуральной новокаиновой блокадой, оперативный метод лечения травматического иридоциклита и т. д.

Применяются оригинальные аппараты остеосинтеза при переломах трубчатых костей и шейки бедра. Применяются в практике оригинальные аэро- и гидроаэроионизаторы.

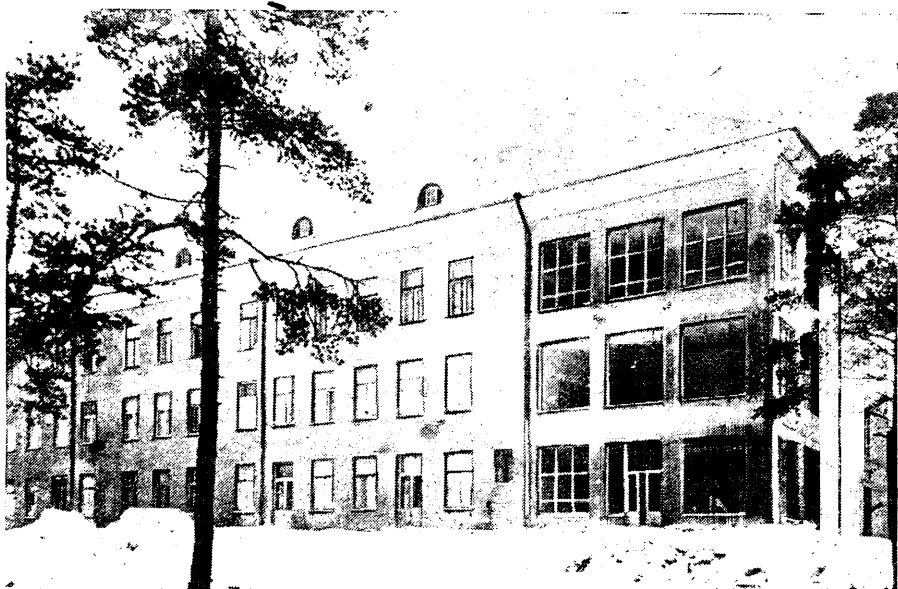
На клинической апробации находятся оригинальные препараты, синтезированные и изготовленные на Таллинском фармзаводе: противораковый препарат «карцизан», противоревматическое средство «урупирин», биогенный стимулятор «орасин», «трихосан» и другие.

Laste ravi- ja profülaktikaalase teenindamise olukord Eesti NSV-s ning abinõud selle edasiseks parandamiseks¹

L. Lavrova,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Laste ja Emade Ravi- ja Profülaktikaalase Abi Osakonna ülem

Laste tervishoiu alal on meie vabariigis viimaste aastate jooksul saavutatud märgatavat edu. Pidevalt väheneb laste suremus. Tunduvalt on paranenud laste füüsilise arengu näitajad lasteasutustes ja laste teenindamise kvaliteet. Laste voodikohtade arv haiglates on tõusnud 1574-le. Seega ületab laste ravi- ja profülaktikaasutuste voodikohtade arv 1940. a. taseme rohkem kui 16 korda. Kodanlikul ajal oli kogu vabariigis ainult üks laste somaatiline haigla 20 voodikohaga, mis oli Tartu ülikooli arstiteaduskonna õppebaasiks. Käesoleval ajal töötab 3 lastehaiglat 300 voodikohaga ja 48 lasteosakonda rajoonihaiglate juures. On suurenenud laste-



Nõmme Laste Luutuberkuloosi Sanatoorium.

nõuandlate arv, neid on meil praegu 52, 1940. a. oli neid ainult 23. Praegu on meil 120 lastesõime ja 178 lasteaeda, kuna 1940. a. oli ainult 6 lastesõime.

Vabariigis töötab 1118 kooli, 10 emade- ja lastekodu 580 kohaga ja 9 laste tuberkuloosisanatooriumi 675 kohaga. Varsti lõpetatakse Tallinnas suure laste luutuberkuloosi sanatooriumi ehitamine. Lähemal ajal avatakse Haapsalu ühes sanatooriumis laste osakond poliomüeliidi tagajärgede ravimiseks. Igal aastal töötab suveperioodil 34 pioneerilaagrit, milles puhkab umbes 12 000 last, ja 21 suvesanatooriumi, kus kahes vahetuses puhkab üle 2000 lapse.

Meie vabariigis on palju kogenud laste tervishoiuala organisatoreid nagu A. Vares, H. Kääri, S. Saar, G. Bürger, A. Migatš, H. Luka, V. Karu, L. Keres, J. Lääts, R. Glikman, C. Ustinova, A. Butšajeva jt. Rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlasele» on autasustatud: K. Antropov, A. Voorema, R. Glikman, A. Ilves, E. Kohandi, H. Kääri, V. Karu,

¹ Ettekanne Eesti NSV pediaatrite viiendal teaduslik-praktilisel konverentsil 26. ja 27. detsembril 1957. a. Tallinnas.

A. Pavelson jt. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga määrati personaalset lisatasu arstidele G. Bürgerile, Z. Gur-Arjele, S. Maderale, N. Petšnikovale ning kuuele arstile on hea töö eest avaldatud tänu.

Lastekaitsetöö kvaliteedi edasiseks tõstmiseks tuleb maksimaalselt vähendada laste haigestumust ja suremust, tõsta sündimust, parandada profülaktikaalast tööd ja elanikkonna meditsiinialase teenindamise kvaliteeti. Käesoleval ajal on peaaegu kõik rajoonid komplekteeritud pediatritega.

Põhiline ülesanne seisneb nüüd lastearstijaoskondade tugevdamises. Möödunud aastal oli meil vabariigis 120 jaoskonda, käesoleval aastal on neid tunduvalt rohkem.

Vabariigi kõikides linnades ja rajoonides teenindatakse lapsi ainu-pediaatri süsteemi järgi. Tallinnas, Narvas ja Jõhvis on veel suured jaoskonnad, kus laste arv ulatub 1200—1500-ni ja rohkem. 1958. a. on tarvis jaoskondi veelgi vähendada, nii et laste arv nendes ei ulatuks üle 800 või 1000, et igas jaoskonnas oleks 1,5 meditsiiniõe ametikohta. Seda abinõu tuleb esmajärjekorras rakendada vabariigi tööstuskeskustes. Lastenõuandlates arvel olevate laste arv on viimase aasta jooksul 15,4 protsendi võrra suurenenud. Varakult nõuandlate vaatluse alla võetavate laste protsent on 86,8.

Viimastel aastatel korraldati jaoskonnaarstide töö ümber rakendades vahetumise süsteemi kui ühendamise kõige vastuvõetavamat vormi. Seoses sellega hakkasid arstid püüdlikumalt suhtuma profülaktikaalasessesse töösse.

Hoolitsemine lapse eest peab algama tulevase ema tervise eest hoolitsemisega. Tuleb luua tihe kontakt naistenõuandlate ja sünnitusmajade ning sünnitusosakondade vahel, taotledes et laste sünnitusmajast väljakirjutamise juures viibiks ka jaoskonna pediatater. Selline võimalus on olemas paljudes linnades ja rajoonides nagu Raplas, Jõhvis, Narvas, Viljandis ja Tallinnas, kus seda sidet on kerge luua.

Sagedasti ei hinnata vastsündinute eest hoolitsemise õige organiseerimise tähtsust, puudused vastsündinu teenindamises mõjutavad mõnikord kogu tema edasist elu. Käesoleval ajal tuleb pöörata suurt tähelepanu vastsündinute teenindamise küsimusele jaoskonnahaiglate väikestes sünnitusosakondades, kus vastsündinud on ainult ämmaemanda hoole all.

Viimastel aastatel ei vähene varajaselt lisatoitu saavate ja kunstlikult toidetavate laste arv. Segatoidule viiakse 20,8% kuni kolmekuisi lapsi (1955. a. — 19,3%, üleliiduliselt — 12,4%). Laste varajane üleviimine sega- ja kunstlikule toidule kahjustab nende arenemist ja immuunsust. See muidugi suurendab haigestumust nende laste hulgas.

Laste füüsilise arenemise tingimused on paranenud. Näiteks on meil kuni ühe aasta vanuste laste protsent II ja III astme hüpotroofia seisundis 1,1 (1955. a. — 2,0, üleliiduline keskmine — 3,0); rahhiidi II ja III staadiumi nähtudega lapsi on 2,5%, 1955. a. oli neid 3,4%. Kontrollimine kohapeal näitas, et paljud pediatrid ei arvesta neid haigusi ja diagnoosivad halvasti rahhiidi ja hüpotroofia varajasi tunnuseid. Mõnedel juhtudel diagnoositakse rahhiiti ja hüpotroofiat alles statsionaarides, mitte aga nõuandlates. Kuid me teame, et rahhiit ja hüpotroofia on tegurid, mis vähendavad lapse organismi vastupanuvõimet. Neid haigusi on võimalik edukalt likvideerida ainult siis, kui õigeaegselt avastame nende esmased sümptoomid.

Arsti süstemaatilisel järelevalvel oli esimese eluaasta jooksul 1956. a. 82,8% lastest, 1955. a. — 74,8%. Äärmiselt puudulik oli laste järelevalve esimesel eluaastal Narvas — 43,3% ja Jõhvi rajoonis — 43,4%.

Rääkides laialdastest tervistavatest ja profülaktikaalastest üritustest laste hulgas peab soovitama diferentseeritud lähenemist küsimuste lahendamisele, mis puudutavad lapse kasvatamist perekonnas.

Jaoskonna pediaater ja patronaazõde peavad pöörama erilist tähelepanu lastele, kelle emad töötavad. Niisuguseid lapsi ei ole palju ja lastenõuandla võib neile pühendada erilist tähelepanu.

Pidev järelevalve on üks kõige tõhusamaid abinõusid võitluses laste haigestumuse ja suremusega ning nende õige füüsilise ja psühhomotoorse arenemise eest esimestel eluaastatel. See baseerub profülaktika- ja ravimenetluste kompleksile. Ühe- kuni kaheaastaste laste dispanseerse teenindamise kvaliteedi kriteeriumiks on sellealiste haigestumuse protsent.

Puudulikult on organiseeritud ka lastenõuandlate töö laste ägedate nakkushaiguste profülaktika alal. Esineb veel juhtumeid, kus lastel avastatakse nakkushaigusi vastuvõtul nõuandlas.

1957. a. kaitsesüstimiste plaan ei ole täidetud vabariigis tervikuna difteeriavastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise ning betsežeerimise alal.

Nagu näha, töötavad lastenõuandlad nõrgalt immuunsuse tõstmisega laste hulgas. On selge, et selliseid haigusi, nagu difteeria ja tuberkuloos võib likvideerida laste hulgas ainult organiseeritult töötades. Mõõdunud aastal alustasime poliümüeliidivastaste kaitsesüstimistega. Tallinnas süstiti 10 889 last. Tulevikus kavatsime kaitsesüstimisi teha tunduvalt laiemas ulatuses.

1957. aastal kontrollis Tervishoiu Ministeerium reas meie vabariigi rajoonides nagu Raplas, Viljandis, Jõhvis jm. elanikkonna tervislikku seisundit komplekselt, millele järgnes kontrollimise tagajärgede arutamine Ministeeriumi kolleegiumil. Kontrollimisel selgus, et laste teenindamine maal ei ole organiseeritud kaasaegsete nõuete kohaselt. See on osaliselt seletatav ka meditsiinikaadri vähesusega.

Ravi- ja profülaktikaalase töö puuduliku organiseerimise põhjuseks maal on enamasti alati rajooni pediaatrie, rajoonihaiglate peaarstide ja rajooni tervishoiuosakondade juhatajate nõrk töö.

Põhjalik meditsiinialane järelevaatus hõlmab 96,1% kooliõpilastest, 1955. a. oli see protsent 88,8. Kooliealiste laste tervislik seisund paraneb pidevalt. Põhjaliku järelevaatusse tulemused näitavad, et laste haigestumine tuberkuloosi väheneb. Halvem on olukord laste haigestumisega reumatismi.

Meie vabariigis on kerkinud üles internaatkoolide asutamise vajadus reumahaigetele lastele või pikema päevaga rühmade loomine mõnede koolide juures õige päevarežiimi organiseerimisega neile rühmadele.

Erilist muret kooliarstidele peaks valmistama nägemise halvenemine tunduval hulgal kooliõpilastest. See on arvatavasti seoses valgustusnormidest mittekindipidamisega klassides.

Üheks oluliseks teguriks kooliõpilaste tervise tugevdamisel on kehakultuur selle sõna kõige laiemas mõttes. Mõnedes koolides on kehakultuur veel puudulik. Reas koolides toimuvad võimlemistunnid harva vabas õhus. Tuleb pöörata tähelepanu õhustamisrežiimi parandamisele koolides, kooliruumide laialdasele aeratsioonile.

Meil on väikelastekodusid nagu Tartu I Väikelastekodu, paarast V. Karu ja Elva Väikelastekodu, paarast A. Migatš, kus juba viie aasta jooksul ei ole surnud ühtegi last. Väikemõisa Väikelastekodus oli düsenteeriapuhang, kuid hästi korraldatud profülaktikaalase ja epideemiatorjetoõ tagajärjel on seal haigestumus düsenteeriasse ja teistesse haigustesse likvideeritud.

Emade- ja lastekaitse süsteemis on tähtis koht lastesõimedel ja -aedadel. Lastesõimed on mitte ainult suurtes ettevõtetes, vaid ka paljudes kolhoosides, masina-traktorijaamades ja sovhoosides. Käesoleval ajal on lastesõimedes üle 4000 koha.

Praegu on reas linnades ja rajoonides, nagu Tallinnas, Tartus, Valgas, Narvas jm., tunda veel teravat puudust lastesõimedes ja lasteaedades. Seepärast on üheks tähtsamaks ülesandeks lastesõimede ehitamine. Vaata-

mata ehitamiseks assigneeritavatele suurtele summadele ei kasutata neid täielikult.

Põllumajanduse, eriti loomakasvatuse arenemine seob naisi tööga kogu aasta jooksul ning nõuab alaliste lastesõimede loomist maal. Paljudes vabariikides on kolhoosid asunud ehitama pidevalt töötavaid lastesõimi, kuid üldiselt on selle küsimuse lahendamine aeglane.

1957. a. I poolal korraldati vabariigi lastesõimede ülevaatus. Selgus, et paljudes lastesõimedes on haigestumus madal ja töönäitajad head. Selisteks sõimedeks olid Tallinna 14. Lastesõim, raudtee lastesõim, Viljandi 1. Lastesõim, Ahtme Lastesõim, Tartu 2. Lastesõim jt. Lastesõimed on täiendavalt saanud pehmet inventari, kuid laste riided ömmeldakse veel tumeda värvusega ja inetu mustriga kangastest. Ka laste jalatsid ei ole kaunid.

Suurt tööd lastesõimede töö parandamiseks on teinud Tallinna Vabariikliku Haigla metoodiline kabinet pediaatri V. Tami ja pedagoogi L. Parri juhtimisel ning Tartu Vabariikliku Haigla metoodiline kabinet arst H. Preemi juhtimisel.

1957. a. organiseeriti seminarid laste mänguasjade valmistamise ja kasvatusküsimuste alal ning mänguasjade ja lasteriide näitus. Seminar korraldati ka lastesõimede juhatajatele. Need üritused aitavad lastesõimede tööd veelgi parandada, kuid mõnede lastesõimede töö ei ole siiski veel rahuldav. Esineb veel laste haigestumust ägedatesse nakkushaigustesse nagu leetritesse, sarlakitesse, difteeriasse ja ägedatesse mao-sooltehaigustesse. Tartus, Tallinnas, Jõhvis ja Kohtla-Järvel ei kasutata küllaldaselt sõimekohti, suur on laste puudumiste arv haiguse tõttu, vabade voodikohtade arv seoses karantiiniga sõimedes jne.

Ilma elanikkonna aktiivse osavõtuta ei ole võimalik kindlustada laste tervise kaitset. Kohalike nõukogude alalised komisjonid osutavad tervishoiuorganitele suurt abi, suur tähtsus on ka ametiühingute ja Punase Risti organisatsioonide kaasabil. Meditsiinitöötajad peavad paremini kasutama sanitaaraktiivi ja Punase Risti Seltsi tohutuid jõude. Edu laste tervise kaitsmisel võiks kaheldamatult olla suurem, kui me õpiksim paremini töötama ühiskondliku aktiiviga.

Laste ravi- ja profülaktikaasutustes luuakse kaastöökomisjonid ning nõukogud. Nende osa lasteasutuste töös on väga suur. Kahjuks peab konstateerima, et nõukogusid mitte igal pool ei ole. Seal aga, kus need on, töötavad nad mõnikord nõrgalt.

Pediaatri töö on raske ja kõikidest meditsiinialadest kõige austatavam. Tuleb rakendada kõik jõud, et laste teenindamist veelgi parandada, alandada laste haigestumust ja suremust ning tõsta teenindamise kultuuri.

Состояние лечебно-профилактической помощи детям в Эстонской ССР и меры по ее дальнейшему улучшению

Л. Лаврова

Резюме

В целях дальнейшего улучшения медицинского обслуживания детского населения республики необходимо:

1. Проводить укрепления педиатрического участка, для этого в первую очередь нужно разукрупнить педиатрические участки и в ближайшее время довести количество детей в них до 1000—800 человек.

2. Улучшить работу детских и женских консультаций, родильных домов и родильных отделений, установив преимущество в работе последних по проведению всего комплекса антенатальной и постнатальной профилактики.

3. Улучшить систематическое диспансерное наблюдение в детских консультациях за детьми 1—2 лет жизни, обратив особое внимание на правильную организацию картотеки, составление ежемесячных целеустремленных планов работ каждого участ-

кового врача-педиатра. Улучшить ведение лечебно-профилактической медицинской документации.

4. Вести решительную борьбу с ранним переводом детей на искусственное и смешанное вскармливание. Проводить широкую пропаганду среди матерей по вопросам грудного вскармливания.

5. Необходимо добиться резкого снижения заболеваемости среди детей, в том числе инфекционными болезнями. Принять конкретные меры для снижения острых желудочно-кишечных заболеваний. Максимально снизить детскую смертность, повысить рождаемость. Поднять на должный уровень культуру медицинского обслуживания. Шире и лучше проводить профилактическую работу среди детского населения.

6. Считать необходимым для детей-ревматиков создать школу-интернат.

7. Шире использовать большие силы советской общественности и санитарного актива. Улучшить работу Советов содействия в детских учреждениях.

8. Одной из важнейших задач является улучшение медицинского обслуживания детей в домах ребенка и детских яслях. Добиться резкого снижения заболеваемости в этих учреждениях. Снизить прогулы детей по болезни и карантинам. Повысить качество воспитательной работы.

9. Методкабинетам Таллиннской и Тартуской республиканских больниц больше уделять внимания методическому руководству в районах по вопросам правильной организации медицинского обслуживания детского населения.

Parandada diagnoosimise kvaliteeti

F. Arneman,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinistatistika Osakonna ülem

Seoses üldise rahvaloendusega 1959. a. jaanuaris andis NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium meditsiinitöötajatele suure, kuid austava ülesande linna- ja maaelanikkonna haigestumuse põhjalikuks uurimiseks.

Meie vabariigis töötatakse küsimus põhjalikult läbi Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel, Narvas, Pärnus ja Harju, Tartu ning Põlva rajoonides. Kuid ka kõikides meie vabariigi teistes asustatud kohtades peame käesoleval aastal saavutama aruandluse sellise täpsuse ja diagnoosimise kvaliteedi, et võiksime nendele andmetele rajada edaspidise tervishoiutöö korralduse.

Aruandluse täiuslikkus ja diagnoosimise kvaliteet on tingimused, mis võimaldavad uurida haigestumust teaduslikul tasemel. Täiuslikkuse saavutamiseks aruandluses on juba tehtud palju tööd. Üldalmainitud linnades on loodud erikomisjonid, kõikides asutustes on kontrollitud registreerimistööd. Sellest tööst võtsid osa nii arstid kui ka keskharidusega meditsiinipersonal. Asutustes on loodud kontrollimise süsteem, mis peab kindlustama täpse aruandluse. Maal arvestatakse ka velskrite diagnoose.

Praegu tuleb peamist tähelepanu pöörata diagnoosimise kvaliteedile. Selles suhtes aga ei ole veel kaugeltki kõik korras. Diagnoos, mis märgitakse talongile (vorm 25 V), peab võimalikult täpselt kajastama haige seisundit ja vastama 1952. a. haiguste nomenklatuurile. See nomenklatuur põhineb kahel printsiibil: mõned haiguste rubriigid on koostatud etioloogiliste tunnuste järgi (nakkus- ja parasitaarsed haigused, traumad), teised haigusprotsessi lokaliseerumise järgi (silma-, kõrva-, naistehaigused ja teised). Nendest printsiipidest tuleb haiguste diagnoosimisel põhiliselt kinni pidada. Peale selle peab igal üksikjuhul tähelepanu pöörama ka sellele, kas antud patoloogiline protsess on põhihaigus või tüsistus. Põhihaigused registreeritakse talongil, tüsistusi talongil ei registreerita, kuid on soovitatav, et põhihaiguse talongile märgitakse ka tüsistus, näiteks: «gripp koos pneumooniaga», «gripp koos haimoriidiga», «gripp koos otiidiga», «põrutus koos hematoomiga» jne.

Muidugi võib ühel haigel üheaegselt olla kaks ja rohkem haigust, mis ei ole üksteisega seoses (tuberkuloos ja diabeet, radikuliit ja sääreveenide varikoosne laienemine jne.) Sel juhul registreeritakse iga haigus eri talongile, kuid ainult sel juhul, kui haige kaebab nende üle või kui nad häirivad organismi normaalset talitlust. Seepärast ei registreerita kõiki normist

kõrvalekaldumisi, mis haige statsionaarse uurimise puhul sageli ilmnevad. Näiteks, kui kõrva-, nina- ja kurguhaiguste eriarst leiab haigel nina-vaheseina kõveruse või vaigu kogunemise kõrvas, või günekoloog avastab emaka väärasendi (näiteks *retroflexio uteri*) ilma subjektiivsete kaebusteta ja tõsisemate talitlushäireteta, siis need seisundid ei kuulu registreerimisele. Raviva arsti kunst peab seisma selles, et igat üksikjuhtu üksikasjalikult analüüsida ja tõmmata selge piir, mis kuulub registreerimisele ja mida registreerida ei tule.

Diagnoos peab olema täielik ja andma selge kujutluse patoloogilise protsessi laadist. Põletikuliste haiguste puhul peab tingimata näitama, kas protsess on äge või krooniline. Traumade registreerimisel tuleb näidata, kas see tekkis tööl, kodus või tänaval. Mürgistuste ja dermatiitide registreerimisel tuleb tingimata näidata nende seos tootmisprotsessiga.

Palju raskusi esineb südame- ja veresoonte haiguste diagnoosimisel, ja just siin tehakse vigu nomenklatuuri suhtes, millest arstid harva kinni peavad. Sageli kasutatav diagnoos «südame-veresoonte puudulikkus» ei ole haigus, vaid sümptoomide kompleks, mis tekib mitmesuguste haiguste tagajärjel, nagu: südameklapirikked, kardioskleroos, hüpertooniatõbi jt. Veel sagedamini kasutatavad diagnoosid «arteriosklerootiline» ja «kardioskleroos» pole samuti täisväärtuslikud ega vasta nomenklatuurile. Kardioskleroosi puhul tuleb juurde kirjutada «müokardiline» või «aterosklerootiline». Südame-veresoontesüsteemi mitmesuguste osade sklerootilise kahjustuse puhul tuleb kinni pidada järgmisest reeglist: kui prevaaleerivad peaaegu sümptoomid, kirjutatakse «ajuveresoonte skleroos», kui on ülekaalus südame sümptoomid, kirjutatakse «kardioskleroos», mitmesuguste sümptoomide esinemise puhul kirjutatakse «üldine arterioskleroos». Kui sklerootiliste nähtudega samaaegselt esineb hüpertooniatõbi, siis on viimane põhihaigus ja seda tuleb registreerida järgmiselt: «hüpertooniatõve II staadium koos kardioskleroosiga», «hüpertooniatõve III staadium koos müokardi infarktiga». Müokardi infarkti registreeritakse iseisva haigusena eraldi ainult juhul kui hüpertooniatõbi ei esine.

Palju ebatäpsusi esineb kasvajate registreerimisel. Sel puhul tuleb tingimata märkida kasvaja nimetus (kas pahaloomuline või healoomuline) ja selle asukoht.

Sageli kirjutavad arstid, soovimata end täpse haiguspõhjuse väljaselgitamisega vaevata, kahekordse diagnoosi, näiteks: «hepatokoletsüstiit», «püelotsüstiit» jne., mida haiguste statistilisel läbitöötamisel on raske kasutada. Kahekordseid diagnoose on lubatud kasutada ainult erandjuhtudel ja haiguste nomenklatuuris ettenähtud piirides. Igal juhul tuleb selgitada, kus protsess algas ja sellest sõltuvalt kirjutada põhidiagnoos.

Günekoloogia alal kirjutavad arstid sageli ühele haigele küllaldase põhjendusega rea diagnoose: näiteks «endotservitsiit», «erosioonid» ja «kolpiit». Vaevalt küll võib ühel naisel esineda niipalju põletikulisi haigusi, mis ei ole omavahelises seoses ja tekkisid üksteisest sõltumata. Õigem on see, et üks nendest protsessidest on põhiline, ülejäänud aga osutuvad esmase haigestumise tulemuseks.

Trichomonas vaginalis ei kuulu registreerimisele juhul, kui ei esine põletikulist protsessi. *Sterilitas II* ei saa olla põhihaigus, sest juba nimetus ise kõneleb teisest protsessist. Ainult neil juhtudel, kus ei õnnestu sigimatuse põhjust kindlaks teha, kirjutatakse see diagnoos. Samuti ei ole diagnoosiks *climax* üle 40 aasta vanuses elueas, sest see on füsioloogiline seisund, mitte haigus, väljaarvatud enneaegne klimakteerium, mis on nomenklatuuris ette nähtud.

Paljud silmaarstid kirjutavad kuni käesoleva ajani diagnoosina «skrofuloosne keratiit» ja teised «skrofuloossed silmade kahjustused», kuigi ei 1952. a. ega isegi 1940. a. nomenklatuuris skrofuloosi ei leidu ja teised arstid, eriti pediaatrid, on ammugi loobunud diagnoosist «skrofuloos».

Mõnikord esineb millegagi põhjendamatu diagnoos *status post*, mis

ei iseloomusta kuidagi haige seisundit antud momendil. Kui haigel operatsioonijärgsel perioodil või pärast märgitud haigust tekivad ühed või teised patoloogilised protsessid, mis on seoses põhihaigusega, siis neid kui tüsistusi talongile ei registreerita.

Ei saa ometi iseseisvaks haiguseks nimetada operatsioonijärgsel perioodil tekkinud uurist või kurnava haiguse tagajärjel arenenud kehvvveresust. Kui aga operatsioonijärgsel perioodil või pärast põetud haigust tekib uus haigus, mis pole seoses eelmisega, siis kirjutatakse talong, kuid ei märgita *status post*.

Paljud küsimused muutuvad selgemaks, kui arstid hoolikalt 1952. a. nomenklatuuri loevad ja tundma õpivad. Peab meeles pidama, et registreerida tuleb ainult täpsustatud diagnoose ja talongi täitmisega pole vaja kiirustada, kui arst esimesel haige visiteerimisel ei jõua diagnoosi suhtes küllaldasele selgusele.

За качественную диагностику

Ф. Арнеман

Резюме

В 1958 и 1959 гг. в связи с предстоящей всесоюзной переписью населения в ряде городов и районов нашей республики будет проведено углубленное изучение заболеваемости. Для успешного проведения этой работы необходима не только полнота учета, но также и высокое качество диагностики заболеваний. Диагноз должен быть полным, возможно точно отражать состояние больного и соответствовать официальной номенклатуре болезней. На талоне регистрируется только основное заболевание, все же другие патологические изменения, которые являются следствием основного заболевания или его осложнением, на отдельном талоне не учитываются. Поэтому диагноз «*Status post...*» не должен иметь место, как бы серьезно это состояние не было. Два или более заболеваний регистрируются у одного больного только в том случае, если они возникли самостоятельно и не связаны между собой. Незначительные отклонения от нормы, не влекущие за собою нарушения функции органа или жалоб больного (искривление носовой перегородки, *retroflexio uteri* и другие), регистрации не подлежат. При регистрации новообразований следует обязательно указывать его характер и локализацию. При воспалительных процессах пометить острый или хронический. По возможности избегать двойных названий, вроде «пиелостит» и т. д. При регистрации травм обязательно указывать «производственная», «уличная», «бытовая», «умышленная». При отравлениях указывать связано ли оно с производством или профессией.

Для качественной регистрации заболеваемости врачи обязательно должны быть знакомы с номенклатурой болезней 1952 года.

Ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondlik ülevaatus

A. Sarap,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktikaalase Abi Valitsuse ülem

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XX kongress püstitas tervishoiuorganitele suured ülesanded, nõudes laialdaste abinõude rakendamist elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamise, nakkushaiguste vähendamise ning sanitaar-hügieeniliste töö- ja elutingimuste edasise korraldamise alal. Enende ülesannete täitmine töötajate tervise kaitseks ei ole mõeldav ilma elanikkonna enda ja ühiskondlike organisatsioonide kõige laialdasema osavõtuta. «Meil,» kõneles V. I. Lenin, «on olemas «imevahend» selleks, et otsekohe, ühel hoobil kümnekordistada oma riigiaparaati. See imevahend on tööraha kaasatõmbamine, kehvikute kaasatõmbamine igapäevasele tööle riigi valitsemisel».¹

¹ V. I. Lenin, Teosed, 26 kd., Tallinn 1954, lk. 88.

Nõukogude tervishoiutöö arenemise edukus sõltub suurel määral sellest abist, mida osutab elanikkond.

Nõukogude tervishoiuorganitel on suured kogemused masside kaasatõmbamiseks. Täielikult on ennast õigustanud ravi-, profülaktika- ja lasteasutuste kaastöönõukogud, lastekodude hoolekandenõukogud, ühiskondlikud sanitaarvolinikud, ühiskondlikud tööinspektorid, kindlustusdelegaadid, alalised tervishoiukomisjonid kohalike töörahva saadikute nõukogude juures, ühiskondlikud ülevaatused, tervishoiupäevad jne.

Praktika näitab, et seal, kus tervishoiuüritusse on kaasa tõmmatud elanikkonna laiad hulgad, kus asutuste tegevus on süstemaatilise ühiskondliku kontrolli all, on elanikkonna tervise kaitse korraldatud paremini. Mitmel korral on kohalikes ja vabariiklikes ajalehtedes märgitud järgmiste asutuste ja meditsiinitöötajate head tööd: Tallinna Riikliku V. Kingissepa nimelise Tselluloosi- ja Paberitööstuse Kombinaadi tervishoiupunkt — juhataja arst O. Palu, Põlva rajooni Ahja jaoskonnahaigla — juhataja N. Pihlapuu, Kiviõli rajoonihaigla — peaarst O. Kladova. Harju rajooni Saue velskri-ämmaemandapunkt — juhataja A. Saar, Rakvere rajooni Roela jaoskonnahaigla — juhataja arst T. Fuks, ja paljusid teisi.

Märkinist väärib ka Rapla rajooni Juuru jaoskonnahaigla juhataja arst E. Talvingu töö, kes lühikese aja jooksul on suutnud kõrvaldada oma eelkäija puudused.

Edu nende seltsimeeste töös seisneb ravi-, diagnostika ja profülaktikaalase töö õiges seostamises, kusjuures sellesse töösse kaasatõmmatud elanikkond seda aktiivselt toetab. Olla delikaatne ja tähelepanelik haigete vastu, alati valmis osutama neile vajalikku abi — see on esimene ja vältimatu nõue, mis esitatakse igale arstile, kuid arsti kohustuste ja ülesannete ring on märksa laiem. Arsti kohus on tundma õppida inimeste töö- ja elutingimusi, võidelda igasuguste väärnähtudega, mis võivad kahjustada töötajate tervist ja töövõimet või tekitada haigusi, vältida haigestumust, organiseerides laialdasi sanitaar-tervistavaid üritusi ning tuginedes selles töös esmajärjekorras Punase Risti sanitaaraktiivile ja ametiühingute organisatsioonidele. Ühiskondlike organisatsioonide, eriti ametiühingute osatähtsust selles ürituses rõhutab ka NLKP Keskkomitee pleenumi otsus 17. detsembrist 1957. a. ametiühingute töö kohta.

Ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondlikud ülevaatused on üheks elanikkonna tervishoiutööle kaasatõmbamise vormiks. Ülevaatus peab mobiliseerima meditsiinitöötajaid ja raviasutuste ametiühingute organisatsioone Eesti NSV Ülemnõukogu istungjärgu otsusega püstitatud ülesannete täitmisele. Ülevaatusel läbiviimise edukuse kindlustab selle massilisus, kui sellest võtavad osa partei- ja nõukogude organite ning ühiskondlike organisatsioonide esindajad, meditsiinitöötajad, rahvasaadikud, Punase Risti Seltsi aktivistid jt.

Ülevaatusel edukaks läbiviimiseks organiseerisid Tervishoiu Ministeerium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklik Komitee ülevaatusel kesk-komisjoni kui ka linna- ja rajoonikomisjonid ning töötasid välja instruksioonid ühiskondliku ülevaatusel kohta. Ülevaatusel peamine eesmärk seisneb selles, et ühiskondlike organisatsioonide abiga välja selgitada ja kõrvaldada puudused meditsiinasutuste töös ning sellega veelgi parandada elanikkonna ravi- ja profülaktikaalase teenindamise kvaliteeti. Vastavalt ülevaatusel juhendile soovitatakse keskendada tähelepanu järgmistele küsimustele:

- 1) meditsiiniakaadri õige paigutamine ja tööle rakendamine;
- 2) varustatus meditsiinilise sisseseade, aparatuuri, kõva- ja pehme inventariga ning nende ratsionaalne ärakasutamine;
- 3) ravi- ja profülaktikaasutuste ruumide seisund, nende heakorras- tatus ja haigetele vajaliku mugavuse loomine;
- 4) meditsiinasutuste ettevalmistatus talveks, varustatus küttega, transpordivahenditega jne.;

5) ühiskondliku sanitaaraktiivi (sanitaarpõstid, sanitaarsalklased, sanitaarvolinikud, kaastöökomisjonid) ettevalmistatus ja kasutamine;

6) haigete toitlustamine: toidu vitaminiseerimine, dieettoitlustamine, toidu kvaliteet;

7) elanikkonna halva meditsiinilise teenindamise kohta töötajatelt saadud avalduste arutamine;

8) sanitaarharidustöö korraldamine elanikkonna hulgas;

9) ambulatoorse ja polikliinilise abi organiseerimine, dispanseerse teenindamisemeetodi juurutamine, haigestumuse ja traumatismi analüüsimine, ravi- ja profülaktika- ning sanitaaralased ja tervistavad üritused.

Enamikus linnades ja rajoonides oli ettevalmistustöö hästi organiseeritud ja ülevaatus tagajärjed olid head. Ülevaatus puhul osutas üldsus tervishoiuorganitele suurt praktilist abi. Elva rajooni kolhoosnikud ehitasid Rõngu jaoskonnahaigla meditsiinitöötajatele elumaja, muretsesid kergesõiduauto ja alustasid haigla kapitaalset ümberehitamist. Vändra rajoonis asusid kolhoosnikud aktiivselt remontima Kergu jaoskonnahaiglat.

Ühiskondliku ülevaatus käigus saabus elanikelt rohkesti ettepanekuid ja kirju, milles tänatakse meditsiinitöötajaid tähelepaneliku hoolitsuse ning hea ravi eest. Neis kirjades mainitakse arstide A. Mardna, F. Raudkepi, B. Änilise, A. Varese, M. Eitelbergi, E. Raudami jt. nimesid. Seejuures märgib elanikkond ka puudusi üksikute ravi- ja profülaktikaasutuste ning mõnede meditsiinitöötajate töös. Korduvalt kritiseeriti Tallinna Pelgulinna Polikliiniku tööd. Selle asutuse juhtkond eesotsas peaarsti L. Maureriga, kes on ühtlasi ka Tallinna Täitevkomitee alalise tervishoiukomisjoni esimees, arvestas seda ja reorganiseeris polikliiniku töö. Registratuuri ruumid ja selle töö korraldati ümber, kadusid ootajate järjekorrad, vaidlused ja arusaamatused.

Tõsiselt suhtusid ülevaatusesse Rakvere rajooni tervishoiuosakonna juhataja J. Narma, Tapa rajoonihaigla peaarst N. Ajaste jt. Ülevaatus tulemusi arutati meditsiinitöötajate aktiivi koosolekutel ja töörahva saadikute nõukogude istungitel. Paljud peaarstid ning ravi- ja profülaktikaasutuste kohalike komiteede esimehed (Tallinna laste-, nakkus- ja III haigla, Märjamaa, Elva ja Abja rajoonihaiglad) suhtusid ülevaatusesse formaalselt, viisid selle läbi kiirustades, ühiskondlike organisatsioonide esindajaid kaasa tõmbamata. Arusaadav, et sellisest ülevaatusest on vähe kasu.

Reas ravi- ja profülaktikaasutustes (Tartu Tuberkuloositõrje Dispanseris ja nakkushaiglas ning Mustvee, Tõrva ja Rõpina rajoonihaiglates) märgiti ebarahuldavat olukorda töökaitse alal röntgeni, hambaravi- ja hambaproteesimiskabinettides. Ebaratsionaalselt kasutatakse meditsiinilist tehnikat ja autosid. Ilmnes juhtumeid, kus mõned meditsiinitöötajad kohtlesid haigeid tähelepanematult ja isegi jämedalt. Reas haiglates (Tallinna II haigla, Valga, Võru ja Viljandi haiglad) ei peeta kinni haigete statsionaarsele ravile suunamise korrast. Nende haiglate polikliinikutel ei ole küllaldast sidet statsionaaridega, arst annab haigele saatekirja haiglasse, kuid ei tea, kas haiglas on vabu kohti.

Mõnedes ravi- ja profülaktikaasutustes jätab soovida puhtus ja sanitaarkultuur (Elva, Märjamaa, Mustvee, Viljandi rajoonihaiglad, Tännasilma, Kõpu, Häädemeeste jaoskonnahaiglad, Kose sanatoorium, Tallinna Lastel Luutuberkuloosisanatoorium).

Nagu näitavad ülevaatus esialgsed kokkuvõtted ja selle küsimuse arutamine meditsiinitöötajate vabariiklikul pleenumil, on ühiskondlik ülevaatus kui elanikkonna kaasatõmbamise vorm end täielikult õigustanud ja väärib propageerimist. Arvesse võttes asjaolu, et paljudes kohtades toimus ühiskondlik ülevaatus nõrgalt, ning ühiskondliku kontrolli ja abi tugevdamise vajadust, otsustasid Tervishoiu Ministeerium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariiklik Komitee ravi- ja profülaktikaasu-

tuste ühiskondliku ülevaatuse tähtpäeva pikendada kuni 1. maini 1958. a., soovitudes linna ja rajooni tervishoiuosakondadele, rajoonihaiglate peaarstidele ja tervishoiutöötajate ametiühingu linna- ja rajoonikomiteede esimeestele edaspidi selliseid ülevaatusi läbi viia iga aasta II ja III kvartalis, tõmmates selleks kaasa laialdaselt ühiskondlikku aktiivi, teatada sellest kohalikus ajakirjanduses ja seinalehtedes, arvestada elanikkonna arvamusi ja ettepanekuid meditsiinialase teenindamise edasiseks parandamiseks. Tuleb organiseerida peaarstide, nende asetäitjate, haigla osakondade juhatajate, jaoskonnaarstide, velskrite jt. aruandlust kolhooside, sovhooside, masina-traktorijaamade, ettevõtete ja asutuste tööliste ja teenistujate koosolekutel, mobiliseerides viimaseid laialdasteks sanitaartervistavateks üritusteks asustatud punktides ning töökaitse ja sanitaarkultuuri tõstmiseks. Nendest üritustest tuleb teha kokkuvõtteid kindlaksmääratud päeval, nimetades selle päeva tervishoiupäevaks.

Ei ole kahtlust, et Eesti NSV meditsiinitöötajad rakendavad selle ürituse heaks kordaminekuks oma initsiatiivi ja organisatoorsed võimed ning täidavad auga neile pandud ülesanded.

О проведении общественного смотра лечебно-профилактических учреждений

А. Сапан

Резюме

Успехи в развертывании советского здравоохранения в многом зависят от той помощи, которую оказывает население.

Советские органы здравоохранения имеют большой опыт организации самостоятельности широких масс.

Успехи, достигнутые многими медицинскими работниками нашей республики в развертывании советского здравоохранения, заключаются в правильном сочетании лечебно-диагностической работы с профилактикой, при широком привлечении и поддержке общественного актива.

Медицинские работники должны изучать условия быта и труда населения, бороться со всякими пороками, которые отрицательно сказываются на здоровье и трудоспособности трудящихся, или являются причиной заболеваний. Они должны предупреждать заболевания путем проведения широких санитарно-оздоровительных мероприятий, опираясь в этой работе в первую очередь на подготовленный санитарный актив Красного Креста и профсоюзные организаций.

Одной из форм участия общественного актива в охране здоровья населения является смотр лечебно-профилактических учреждений, цель которого — с помощью общественных организаций выявить и устранить встречающиеся еще в работе медицинских учреждений недостатки и добиться дальнейшего улучшения качества медицинского обслуживания населения.

Для решения задач, поставленных перед медицинскими работниками решением сессии Верховного Совета ЭССР от 1956 г. такой смотр проводится в нашей республике в настоящий момент.

В большинстве городов и районов была проведена большая подготовительная работа и смотр проводился на высоком уровне. За период проведения смотра общественность оказала органам здравоохранения большую практическую помощь: в некоторых районах колхозники строили жилые дома для медицинских работников участковой больницы или поступили к капитальному переустройству больниц. В ходе смотра поступило и много предложений и писем, где население благодарит медработников и медицинских учреждений за чуткую заботу и хорошее лечение, но отмечает и недостатки в работе отдельных лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников.

Результаты смотра обсуждались на конференциях медицинских работников и заседаниях исполкомов СДТ. Предварительные итоги смотра были обсуждены и на республиканском пленуме медицинских работников.

Учитывая, что в некоторых местах общественный смотр проводился не на должном уровне и в целях дальнейшего усиления общественного контроля и помощи Министерство Здравоохранения и Республиканский комитет Профсоюза Медицинских работников решили продлить смотр до 1 мая 1958 г. и рекомендовать городским и районным отделам здравоохранения, главным врачам районных больниц и председателям городских и районных комитетов профсоюза медицинских работников впредь проводить смотр ежегодно в течение II и III кварталов, привлекая широкий общественный актив.

Tervishoiutöötajate ametiühingu ülesannetest

L. Salus,

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees.

Ametiühingute töö arutamine 1957. a. detsembrikuus Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee pleenumil omab määratu suurt tähtsust ametiühingulise liikumise edasisele arendamisele meie maal.

Selles otsuses on öeldud, et Nõukogude ametiühingud on arendanud ja arendavad kõigil sotsialistliku ülesehitustöö etappidel mitmekülgselt organiseerimis- ja kasvatustööd töötajate hulgas, koondades ning mobiliseerides neid partei poolt seatud majanduslike ja poliitiliste ülesannete täitmisele.

Nõukogude ametiühingute tegevuse aluseks on leninlik õpetus ametiühingute tähtsusest meie sotsialistliku riigi arengule. Ametiühingud on töötajate miljonilistele hulkadele kommunismi kooliks.

Detsembripleenum märkis, et ametiühingud, täites NLKP XX kongressi ajaloolisi otsuseid on teataval määral parandanud oma tööd.

Ühtlasi viitas pleenum veel mõnedele tõsistele puudustele ametiühinguorganisatsioonide tegevuses.

NLKP Keskkomitee pleenum pidas vajalikuks, et ametiühingud igati arendaksid ja täiustaksid niisuguseid põhilisi tootmise juhtimisele kaasa-tõmbamise vorme nagu sotsialistlik võistlus ja tootmisnõupidamised.

Eriti vajalikud on tootmisnõupidamised tervishoiuorganite süsteemis, kus sotsialistlik võistlus, välja arvatud apteekide võrk ja mõningad olemasolevad tööstusettevõtted, ei ole rakendatav. Tootmisnõupidamised ravi- ja profülaktikaasutustes peavad kujunema ühiskondliku mõjutamise vahendiks elanikkonna meditsiinialase teenindamise kvaliteedi ja töökultuuri tõstmisel ning profülaktiliste ürituste läbiviimisel.

Seal, kus tootmisnõupidamised on hästi organiseeritud, kus arvestatakse ja viiakse ellu kollektiivi liikmete ettepanekuid, on saavutatud tootmistöös märkimisväärsed edusamme. Näiteks Tallinna Linna Nakkushaiglas viiakse tootmisnõupidamisi läbi regulaarselt sellistes küsimustes, mis on tingimata tarvis lahendada kollektiivselt. Samuti organiseeritakse hästi tootmisnõupidamisi Viljandi Linna Haiglas, Taheva Lastetuberkuloosi Sanatooriumis ja paljudes teistes ravi- ning profülaktikaasutustes.

Ametiühingute üheks põhiliseks ülesandeks on teostada riiklikku järelevalvet tööseadusandluse täitmise ja ühiskondlikku kontrolli töökaitses seisukorra üle. Tuleb nõuda normaalsete sanitaartingimuste loomist kõigile töötajatele, töötingimuste kergendamist ja tervislikumaks muutmist, samuti haigestumuse ning traumatismi põhjuste likvideerimist.

Ametiühingute käsutuses on suured võimalused töökaitses tingimuste parandamiseks. Tehnilisel inspeksioonil on õigus keelata töö niisugustes ettevõtetes, mis ei vasta töökaitses ja ohutustehnika nõuetele. Ka on tal õigus nõuda selliste juhatajate töölt kõrvaldamist, kes rikuvad töökaitses norme jne. Seni aga on neid õigusi harva kasutatud.

On tarvis, et ka sanitaar-järelevalveorganid suurendaksid oma nõudlikkust nendes küsimustes.

Tervishoiutöötajate ametiühingu organisatsioonid peavad tõstma võitlusvalmidust ja printsiipaalsust administratsiooni suhtes, et tagada ohutuid ja tervislikke töötingimusi kõigis meie ravi- ja profülaktikaasutustes.

Tööseadusandluse nõuete täitmisel etendavad tähtsat osa töötülide komisjonid, mis tuleb organiseerida ka kõigis tervishoiuasutustes. Need komisjonid aitavad operatiivselt ja vastavalt kehtivale seadustele lahendada kõiki konflikte, mis on tekkinud seoses tööseadusandluse rikkumisega.

Seoses tööliste ja teenistujate töö- ja elutingimuste parandamise üles-

annetega tõstis detsembripleenum üles küsimuse ametiühingulise kontrolli tugevdamisest ravi- ja profülaktikaasutuste töö üle, sest see jääb kaugele maha kaasaja nõudeist. Töötajate profülaktilist läbivaatust ei teostata regulaarselt, mis eriti teravalt annab tunda töölistele, kes tööprotsessis puutuvad kokku tervistkahjustavate ainetega. Vähe ja pealiskaudselt viiakse läbi tervistavaid üritusi.

Samad puudused esinevad suuremal või vähemal määral ka meie vabariigi ravi- ja profülaktikaasutustes Viljandi, Võru, Valga, Narva jt. rajoonides. Ametiühingute organite aruandlus-valimiskoosolekutel ja konverentsidel esitati õigustatud nõudmisi ENSV Tervishoiu Ministeeriumile ja selle valitsustele, eriti pehme ja kõva inventariga ja medikamentidega varustamise osas. Hiiumaa, Orissaare, Märjamaa, Räpina jt. rajoonides aga on pooled jaoskonnaarstide kohtadest komplekteeritud keskharidusega meditsiinitöötajatega, mis paratamatult halvendab maaelanikkonna meditsiinalast teenindamist.

ENSV Tervishoiu Ministeeriumil tuleb läbi vaadata ja lahendada raviasutuste varustamise parandamise, kaadriga komplekteerimise ja vajalike medikamentidega ning sisseseadega varustamise küsimused.

Ametiühingud peavad tugevdama kontrolli tervishoiuasutuste töö üle, tõmbama selleks kaasa töötajate laiul hulki, aitama tervishoiuorganitel avastada ja kõrvaldada esinevaid puudusi. Üheks selliseks vormiks on praegu toimuv vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondlik ülevaatus, mille efektiivsus oleneb sellest, kuivõrd aktiivselt ametiühingorganid on lülitunud selle ürituse läbiviimisse, kui suurel arvul on selleks kaasa tõmmatud Punase Risti ja nõukogude aktiivi ning millisel määral parteiorganisatsioonid toetavad selles töös ametiühinguid ja tervishoiuorganeid.

Pleenum nõudis ka ametiühingute liikmete üldkoosolekute tähtsuse tõstmist, arutades neil tootmise ja töötajate elukondliku ning kultuurilise teenindamise küsimusi, millest majandusorganite juhtijad on kohustatud aktiivselt osa võtma.

Töötajate üldkoosolekute korraldamine on üheks mahajäänumaks lõiguks meie vabariigi tervishoiutöötajate ametiühingu organisatsioonide töös. Välja arvatud mõned üksikud asutused nagu Tallinna 8. lastesõim, Tallinna II Haigla, Pärnu Linnahaigla jt., ei viida üldkoosolekuid läbi regulaarselt, vaid äärmiselt harva ja halvasti ettevalmistatult. Üldkoosolekute halva organiseerimise tõttu kaotavad töötajad huvi nende vastu.

Et edukalt lahendada NLKP Keskkomitee poolt ametiühingute ette seatud ajaloolisi ülesandeid, on tarvis edutada ametiühingute tööle algatusvõimelisi ja teadlikke töötajaid, kes oma töötahte ja võitlusvalmidusega innustavad ja mobiliseerivad kõiki töölisi ja teenistujaid aktiivselt osa võtma kommunistliku ülesehitustöö suurest üritusest.

Punase Risti Seltsi tööst

B. Pšenitšnikov,

ENSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees

Nõukogude tervishoiutöö tähtsaimaks põhimõtteks on profülaktika. Nõukogude meditsiinitöötaja peamiseks ülesandeks on haiguste vältimine ning alles siis nende ravimine. Elanikkonna sanitaarsete teadmiste tõstmine, soodsate hügieeniliste töö- ning elutingimuste loomine ja haiguste põhjuste likvideerimine — need on põhilised vahendid selle probleemi elluviimisel. Ülesanne on niivõrd laiaulatuslik, et seda ei suuda lahendada meditsiinitöötajad üksi. Nõukogude tervishoid ei saa edukalt areneda ilma laialdase sanitaaraktiivi töölerakendamiseta meditsiinitöötajate abista-

miseks. Selle aktiivi põhituumaks on Nõukogude Punase Risti paljumiljoniline pere.

Eesti NSV Punase Risti Selts on lühikese ajaga muutunud massiorganisatsiooniks, mille ridades on rohkem kui 200 000 liiget. Vabariigi koolides kuulub Punase Risti organisatsiooni rohkem kui 71% õpilastest. See on suur armee, mille tööd kasutades ja suunates võivad meditsiinitöötajad väga palju korda saata. Kümned tuhanded Punase Risti aktivistid on õppinud VSK («Valmis sanitaarkaitseks») ja OVSK («Ole valmis sanitaarkaitseks») ringides, mitmesugustel Punase Risti kursustel ja seminaridel. Tööstusettevõteteis, asutustes, transpordiorganisatsioonides, koolides, sovhoosides, kolhoosides ja masina-traktorijaamades töötab mitu tuhat sanitaarpostit, suur hulk sanitaarsalku ja teisi massilisi Punase Risti Seltsi üksusi; on loodud ühiskondlike sanitaarvolinike kaader. Kogemused näitavad, et nõukogude tervishoiu suured edusammud oleksid võimatud ilma massilise ühiskondliku sanitaaraktiivi kaastöötajate abita.

Kuid leidub tervishoiuasutuste ja -organite juhtivaid töötajaid, kes ilmselt alahindavad Punase Risti aktiivi tähtsust. Niisuguse näite võib tuua Jõhvi rajoonist, kus Punase Risti organisatsioon on nõrk ja olemasolevadki algorganisatsioonid pole rea aastate jooksul kasutanud tervishoiuorganite abi.

Aktiivi kasutamine nõuab kahtlemata meditsiinitöötajatelt suurt organisatsioonilist ettevalmistustööd, kuid see aja- ja energiakulu tasub end hiljem sajakordselt.

NSV Liidu meditsiinitöötajate ette seatud elanikkonna profülaktilise teenindamise parandamise ja meie kodumaa sanitaarkaitse tugevdamise tähtsad ülesanded nõuavad tervishoiuorganitelt ja igalt meditsiinitöötajalt tihedat sidet ja hästikorraldatud koostööd Punase Risti organisatsioonidega.

Aksioomiks peab olema see, et iga meditsiinitöötaja peab tingimata olema Punase Risti Seltsi liige ja võtma aktiivselt osa selle tööst.

Kõik Punase Risti Seltsi massilised üksused (sanitaarpostid, sanitaarsalgad jne.), samuti ka sanitaarvolinikud on kinnistatud käskkirjadega vastava tervishoiuasutuse juurde. On tarvis, et nende asutuste juhid valmistasid süstemaatiliselt ette oma sanitaaraktiivi ja kasutaksid seda plaanipäraselt laialdasteks profülaktilisteks ja sanitaartervistavateks üritusteks. Alata tuleb planeerimisest. Rajooni või linna tervishoiuorganisatsioonide ja tervishoiuasutuste töö planeerimisest peavad tingimata osa võtma ka Punase Risti Seltsi vastava rajooni- või linnakomiteede esindajad. Neis plaanides peab peegelduma meditsiinitöötajate ja Punase Risti aktiivi koostöö põhiliste tervishoiuküsimuste lahendamisel. Nende ühiste plaanide täitmist tuleb rangelt kontrollida.

ENSV Tervishoiu Ministeeriumi ja ENSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee 1957. aasta novembrikuus laialisaadetud ühine kiri nõuab tervishoiuorganisatsioonide juhtidelt ja Punase Risti Seltsi komiteelt selle ühise töö ülevaatust kaks korda aastas, ülevaatuse tulemuste arutamist ja operatiivsete abinõude rakendamist ilmnenu puuduste kõrvaldamiseks.

Punase Risti aktiivi tervishoiutöös kasutamise vormid ja meetodid on väga mitmekesised. Tööstusettevõteteis võivad tervishoiupunktide juhatajad edukalt kasutada nende juurde kinnistatud sanitaarpostide ja, kus neid on, ka objektide sanitaarsalkade abi. Sanitaaraktiiv võib tööstusettevõtete meditsiinitöötajaid abistada tööstussanitaaria ja ohutustehnika nõuete täitmise kontrollimisel ning haigestumuse ja traumatismi vältimisel. Suure tähtsuse omab õigeaegne ja kvaliteetne esmaabi andmine õnnetusjuhtumite puhul. Vabariigi paljude asutuste tervishoiupunktide eeskuju näitab, et ülalmainitud juhtumitel Punase Risti aktiivi abi kasutamine tagab sanitaar- ja hügieenialaste tingimuste täitmise, vähendab haigus- ja traumajuhtumite arvu. Niisuguste ettevõtete hulka kuuluvad: Tallinna Tselluloosi- ja Paberikombinaat (tervishoiupunkti juhataja arst O. Palu),

Tartu Lihakombinaat (tervishoiupunkti juhataja velsker H. Noor), Kehra Tselluloosi- ja Paberikombinaat (tervishoiupunkti juhataja velsker K. Süve) ja paljud teised.

Suurt abi võivad Punase Risti aktivistid anda maa meditsiinitöötajatele selgitustöö läbiviimisel põllumajandusliku traumatismi vältimiseks, võtta osa massiliste profülaktiliste järelevaatuste organiseerimisest, kaitseüstimistest ja epideemiatõrje üritustest, teostada sanitaaralast kontrolli elumajade, sööklate, kaevude, tootmisruumide jne. üle, tõmmata kaasa maaelanikkonda võitluse asustatud punktide sanitaaralase heakorrastamise eest. See töö on hästi korraldatud paljudes arstijaoskondades (E. Koppel — Harju rajooni Kuusalu arstijaoskonna arst, N. Pihlapuu — Põlva rajooni Ahja jaoskonna arst, L. Kallas — Harju rajooni Jägala velskripunkti juhataja jt.), kus on loodud silmapaistev sanitaaraktiv. Erilist tähtsust omab maakohas õigeaegne ja kvaliteetne esmaabi andmine Punase Risti aktiivi poolt raskete traumade ja haigestumuste puhul ning niisuguste haigete kohene haiglasse toimetamine. Mida võib niisugustel juhtudel korda saata hästi ettevalmistatud sanitaarposti liige, näitab järgmine juhtum: 14-aastane Otepää rajooni Neeruti Keskkooli sanitaarposti liige Enn Kõiv sulges oskuslikult verejooksu raskesti haavatud traktoristil, kutsus välja kiirabiauto ja kui kiirabiauto jäi porisse kinni, viis selle traktori abil kõvale teele, päästes traktoristi elu.

Kooli meditsiinitöötajad võivad edukalt kasutada sanitaarposte ja teisi massilisi sanitaarrüksusi isikliku hügieeni reeglite propageerimiseks ja nende täitmise kontrollimiseks ning traumatismi vältimiseks kui ka klasse, võimlate, koolisööklate ja teiste ühiskasutatavate kohtade sanitaarse seisukorra kontrollimiseks. Kooli sanitaarpostide töö on hästi korraldatud Rakvere 1. Keskkoolis, Tallinna 8. Seitsmeklassilises Koolis, Väike-Maarja Keskkoolis, Tapa Keskkoolis ja mujal. Harilikult võtavad noored punaristlased innukalt osa profülaktilistest üritustest.

Eriti suurt tähtsust omab Punase Risti aktiiv abi osutamisel jaoskonnaarstidele ja sanitaar-epidemioloogia jaamadele epideemiatõrje töös. Punase Risti aktiiv võib töötada koos meditsiinitöötajatega võitluses nakkushaigustega, viia läbi laialdast sanitaarselgitustööd, mis haarab iga meie eluala, juurutada elanikkonnas hädavajalikke hügieenilisi harjumusi, mobiliseerida elanikkonna hulki sanitaarkorrastustöö läbiviimiseks asustatud punktides, õuedes, toiduainetekauplustes, sööklates, turgudel, lasteasutustes jne., välja selgitada nakkusjuhtumeid korterites ja ühiselamutes, organiseerida kaitsepookimisi jne.

Tervishoiuorganitele on raskeks probleemiks võitlus gripiga. Selle likvideerimine nõuab kõigilt tervishoiuasutustelt äärmist pingutust. Viimane aasia viirusgripi epideemia näitas selgesti, et gripitõrjeks ei piisanud vabariigi meditsiinitöötajaist ja sanitaaraktiivi kasutati nõrgalt. Samal ajal näitavad Moskva linna tervishoiuosakonna ja Punase Risti komitee ühise töö kogemused, et see abi võib olla vägagi tõhus. Moskva tervishoiuosakond ja Punase Risti komitee töötasid juba varem välja ühise gripitõrje plaani. Gripipuhangu ajal 1957. a. sügisel võttis Punase Risti aktiiv Moskvast aktiivselt osa sanitaarharidustööst gripitõrje alal. Punase Risti aktivistid aitasid meditsiinitöötajaid ka polikliinikute registratuurides. Sellega välditi pikki järjekordi. Polikliinikud ja tervishoiupunktid kasutasid Punase Risti üksuste abi vaksineerimise läbiviimisel, asutuste, tsehhide ja üldkasutatavate kohtade õhustamise ja klореerimise kontrollimisel. Üliõpilaste ühiselamuis organiseeris Punase Risti aktiiv valvekorrad isolatorites, hoolitses kehatemperatuuri mõõtmise, ravimite jagamise ja arsti ettekirjutuste täitmise eest, hankis haigetele toitu ning jälgis, et haiged ei puutuks kokku tervetega. Koolides hoolitses Punase Risti aktiiv selle eest, et õpilased ei jookseks tänavale ilma palitu ja peakatteta ja et haiguse läbipõdenud tuleksid kooli ainult arsti kirjalikul loal. Elamusektoris käisid Punase Risti aktivistid korterist korterisse ja selgitasid välja suure

hulga haigeid, aitasid paljusid neist kodus põetada, abistasid üksielavaid haigeid (koristasid tube, ostsid toiduaineid jne.). Eesti NSV tervishoiuasutustel tuleb tingimata neid eesrindlikke kogemusi arvestada ja juurutada neid ka oma praktikasse.

Juba ammugi töötavad Eesti NSV tervishoiuorganid ja Punase Risti organisatsioonid käsikäes doonorite kaadri komplekteerimisel. See töö on olnud tagajärjekas: viimaste aastate jooksul on nii aktiivsete kui ka reservdoonorite arv tunduvalt suurenenud. Haavade, suurte verekaotuste, põletuste ja septiliste seisundite edukaks raviks hakatakse üha rohkem kasutama vereülekannet. Terve rea nakkushaiguste profülaktika ja efektiivne ravi nõuavad mitmesuguste verepreparaatide (vereseerumi, gammaglobuliini jne.) rakendamist. Kõik see nõuab doonorite arvu edasist tunduvalt suurendamist ja eriti reservdoonorite üleviimist aktiivseteks. Sellesse töösse peavad lülituma kõik Punase Risti aktivistid ja meditsiinitöötajad.

Meditsiinitöötajate ja nende ühiskondliku aktiivi side meie vabariigis peab tugevnema, olemasolevad puudused tuleb kiiresti likvideerida. Seda nõuavad elanikkonna tervise kaitsmise ja meie kodumaa edasise sanitaarse kaitse ülesanded.

О работе общества Красного Креста

В. Пшеничников

Резюме

Советское здравоохранение не может успешно развиваться без привлечения в помощь медработникам широкого санитарного актива, ядром которого являются члены общества Красного Креста. Общество Красного Креста ЭССР представляет из себя массовую организацию, в состав которой входит свыше 17% всего населения республики. Там, где органы здравоохранения систематически используют помощь актива Красного Креста, имеются серьезные успехи в работе. Совместная работа органов здравоохранения с активом Красного Креста должна быть улучшена. Для этого необходимо, чтобы каждый медработник был членом краснокрестной организации и принимал активное участие в ее работе. Главные врачи медицинских учреждений обязаны систематически готовить свой актив и использовать его для проведения профилактических и санитарно-оздоровительных мероприятий. Планы работы органов здравоохранения должны составляться при участии председателей комитетов общества Красного Креста, в планах должна отражаться совместная работа медработников и краснокрестного актива. Планы эти необходимо контролировать. Дважды в год следует проводить смотры состояния совместной работы, оперативно устранять выявленные недостатки.

Методы и формы использования актива Красного Креста многообразны. На промышленных предприятиях здравпункты должны использовать санпосты и сандружины на работе по профилактике заболеваний и травматизма, а также по оказанию первой доврачебной помощи. Необходимо популяризировать опыт передовых в этом отношении здравпунктов. Сельские медицинские работники могут использовать краснокрестный актив в борьбе против сельскохозяйственного травматизма, при проведении различных санитарных и противо-эпидемических мероприятий, в борьбе за санитарное благоустройство населенных пунктов, в оказании доврачебной помощи и организации эвакуации больных в лечебные учреждения. В школах массовые санитарные формирования могут вести пропаганду вопросов личной гигиены, контролировать выполнение правил санитарии, участвовать в профилактике детского травматизма и т. д.

Особенно важно использование краснокрестного актива участковыми врачами и главными врачами СЭС для проведения санитарной пропаганды, наведения санитарного порядка в населенных пунктах и его отдельных объектах, проведении противо-эпидемических мероприятий (например, при борьбе с кишечными инфекциями).

Важнейшей совместной обязанностью всех органов здравоохранения и всех комитетов общества Красного Креста является также дальнейшее развитие донорства. Необходимо добиться значительного увеличения общего количества доноров, массового перевода резервных доноров в активные.

Интересы охраны здоровья населения, дальнейшего укрепления санитарной обороны нашей родины требуют резкого улучшения взаимосвязи между медицинскими работниками и их общественным активом.

Vabariikliku haigla peamised ülesanded organisatsioonilise, meetoodilise ja konsultatsioonikeskusena

Š. Gulordava

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Vabariiklik haigla on ravi- ja profülaktikaasutuste eritüüp. Organisatsioonilise, meetoodilise ja konsultatsioonikeskusena peab ta suunama vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste tööd ning meditsiinikaadri ettevalmistamist. Selle asutuse ülesanne on elanikkonna spetsialiseeritud ja kvalifitseeritud meditsiinialane teenindamine.

Vabariiklik haigla annab elanikkonnale spetsialiseeritud arstiabi kõikidel juhtudel, kui seda abi ei ole võimalik anda kohapeal või lähemates haiglates. See toimub tavaliselt juhul, kui rajoonis ei ole eriala-arste ja vastavalt varustatud haiglat, samuti juhul, kui on tarvis haiget kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt põhjalikumalt läbi vaadata.

Vabariiklik haigla on kõikide jaoskonna-, rajooni- ja linnahaiglate suhtes juhtivaks asutuseks. Vabariikliku haigla sisemine organisatsioon, sisustus ja varustus peab olema eeskujuks kõikidele vabariigi haiglatele. Seal peavad olema kaasaegsed ravivahendid ning kvalifitseeritud meditsiinikaader. Need tingimused on tarvilikud raviala õigeks korraldamiseks kohapeal kõigil erialadel ja kvalifitseeritud abi osutamiseks kõige erinevamate haigustega perifeeriast saabunud haigetele. Seega omab haigete etapiline ravi suurt tähtsust. Haigete vabariiklikku haiglasse saatmise küsimus tuleb otsustada iga kord individuaalselt. See sõltub igal üksikjuhul nii haige seisundist kui ka sellest, kas rajoonis on vastav spetsialist, ning rajoonihaigla varustatusest ja seisundist.

Iga rajooni haiglas peavad olema kõik eriravi osakonnad. Mõnes rajoonis aga ei ole veel küllaldaselt eriarste (okuliste, otorinolarüngoloogide, neuropatoloogide jt.) ning seepärast ei ole avatud kõiki vajalikke osakondi, mille tõttu tuleb haigeid suunata lähimasse rajoonidevahelisse või vabariiklikku haiglasse.

Vabariikliku haigla peamiseks ülesandeks on:

1. Anda vabariigi elanikkonnale kõrgesti kvalifitseeritud arstiabi, mida ei saa anda rajooni-, jaoskonna- ja linnahaiglates.
2. Vabariigi raviasutuste poolt saadetavatele haigetele konsultatiivse abi osutamine, erialase ambulatoorse ravi võimaldamine, diagnoosi määramine ning täpsustamine jne.
3. Vabariigi, jaoskonna, rajooni ning linna ravi- ja profülaktikaasutuste abistamine organisatsioonilistes küsimustes, haiglaravi ja haiglavälise ravi korraldamine ning selle kvaliteedi tõstmine.
4. Vabariigi elanikkonna haigestumuse uurimine ja ravialase töö korraldamine rajooni- ja linnahaiglates.
5. Ajutise ja kestva töövõimetusega kolhoosnike haigestumuse uurimine, kolhoosnike dispanseerise teenindamise ja nende hulgas teostatavate plaaniliste tervistavate ürituste kontrollimine.
6. Vabariikliku haigla baasil eriala-arstide ettevalmistamise organiseerimine ja läbiviimine maarajoonidele ja jaoskonnahaiglatele.
7. Tervishoiu Ministeeriumi abistamine mitmesuguste organisatsioonialaste küsimuste läbitöötamisel.
8. Kvalifitseeritud ja spetsialiseeritud kiire ja vältimata arstiabi organiseerimine ja andmine vabariigi elanikkonnale.

Struktuurilt vastab Tallinna Vabariiklik Haigla täielikult oma ülesannetele, s. o. kõik vajalikud osakonnad ja kabinetid on olemas ja komplekteeritud vajaliku arvu meditsiinitöötajatega, kes suudavad ellu viia ning täita kõiki ülesandeid, mis on pandud vabariiklikule haiglale. Ravi- ja konsultatsioonilise abi andmiseks elanikkonnale on haiglas statsionaar, konsultatiivne polikliinik, erialakabinetid (röntgen, laboratoorium, füsioteraapia, EKG jne.), metoodilised kabinetid (organisatsioonilis-metoodiline büroo noorukite, sanitaarstatistika ja sanitaarhariduse alal).

Selle töö läbiviimisel ja koordineerimisel omab suurt tähtsust organisatsioonilis-metoodiline büroo, mis vabariikliku haigla spetsialistide abiga uurib meditsiinilise abi olukorda ja korraldust rajooni-, linna- ja jaoskonnahaiglates, organiseerib mitmesuguste spetsialistide plaanikohaseid väljasõite rajoonidesse teaduslike konverentside läbiviimiseks ja kohalike tervishoiuorganite abistamiseks organisatsiooniliselt ning metoodiliselt. Organisatsioonilis-metoodiline büroo analüüsib rajooni- ja jaoskonnahaiglate tegevust ning informeerib selle tulemustest rajooni juhtivaid meditsiinitöötajaid. Büroo töötab vastavalt saadud andmetele haiglatele ja Tervishoiu Ministeeriumile välja ürituste plaani. Arusaadavalt ei suuda metoodiline büroo üksi lahendada kõiki loetletud ülesandeid. Tähtsaks tingimuseks võitluses elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteedi parandamisel on kõikide osakondade koostöö metoodilise büroo üldjuhtimisel. Kui rääkida osakondadest, siis tuleb sellega mõelda osakonna kõiki arste eesotsas osakonna juhatajaga. Neil lasub vastutus mitte ainult statsionaari ja polikliiniku töö suhtes, vaid neil tuleb vastavalt oma erialale neile kinnistatud rajoonides teha ka organisatsioonilist, metoodilist ja konsultatiivset tööd.

Haigla osakondade juhatajad aitavad metoodilise juhtimise ja nõuannetega rajooni- ja maahaiglate arstidel haigusi õigesti ja õigeaegselt diagnoosida, ravida ja neid vältida. Nad organiseerivad ka üritusi elanikkonna erialase teenindamise kvaliteedi parandamiseks.

Osakondade juhatajad on kohustatud süstemaatiliselt osakonna arstitega analüüsima nii oma osakonna, kui ka rajooni- ja jaoskonnahaiglate tööd diagnooside õigsuse, ravi efektiivsuse, kui ka haiguslugude ja ambulatoorsete kaartide õige täitmise alal. Samuti arutatakse kõiki osakonna surmajuhtumeid ja keerukamaid rajoonihaiglate surmajuhtumeid; analüüsitakse haigla ja patoloogilis-histoloogiliste diagnooside lahkuminekuid ning haigete diagnoosimisel ja ravimisel tehtud vigu. Kõik need üritused toimuvad rajooni- ja jaoskonnahaiglate arstide juuresolekul.

Osakondade juhatajad on peamised konsultandid nii osakonnas kui ka rajoonides.

Osakondade juhatajad organiseerivad arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmist vastavalt Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi plaanile. Selle töö põhivormideks on seminarid, mis toimuvad kindla plaani järgi, ja kus juhatatakse kätte ka vastav kirjan- dus ning haigete kliiniline eritlus.

Nad organiseerivad teaduslikke kliinilisi, patoloogilis-anatoomilisi jt. konverentse ning korraldavad rajoonide kirurgidele ja akušöör-günekoloogidele kursusi. Osakondade juhatajad juhivad arstide spetsialiseerimist kohalikul baasil ja valivad kandidaate täienduskursustele saatmiseks, kuid kahjuks peab tunnistama, et osa meditsiinitöötajaid ei ole huvitatud sellest tööst, pidades seda kõrvaliste isikute tööks või lisakoormuseks. Nad ei saa aru, et töö statsionaaris või polikliinikus on vaid osa arstide kohustustest, ning et metoodiline ja konsultatiivne töö on vabariikliku haigla arstide töö tähtsamaid osi.

Kahjuks esineb selles töös veel lünki. Eelkõige peab mainima, et osakondade juhatajad ei osuta veel küllaldast tähelepanu sellele tähtsale tööloigule. Mitte igas vabariikliku haigla osakonnas ei ole arstid kinnistatud rajoonidesse, ei ole küllaldaselt uuritud rajooni ravi- ja profülaktikaasu-

tuste võimsust, meditsiinitöötajate kaadrit, ega tegelda nendega küllaldaselt. Samuti ei kasutata kõiki töövorme nende erialase kvalifikatsiooni tõstmiseks. Osakondade juhatajad võivad ja peavad sellega plaanikohaselt tegelema iga päev.

Nüüd, kus vabariikliku haigla organisatsioonilis-metoodilises ja konsultatiivses töös on olnud mõningat edu, omab selle töö täiustamisel erilist tähtsust rajooni- ja jaoskonnahaiglate tegevuse analüüsimine. Eelkõige tuleb analüüsida haigestumust rajoonide kaupa, nendest saabuvate haigete järgi. Selline analüüs võimaldab meil otstarbekalt korraldada plaanilisi väljasõite. Edaspidi on tarvis perifeeriahaiglate statistilised aruandematerjalid hoolikalt läbi töötada, ära kuulata nende haiglate peaarstide ettekanded, arutades neid koos haigla spetsialistidega ja vabariigi peaspetsialistidega. Analüüsi tulemused esitatakse pärast seda Tervishoiu Ministeeriumile. Järeldused ja ettepanekud peavad olema konkreetsed ja aitama lahendada haiglate töös esinevaid puudusi.

Peale selle uurib vabariiklik haigla patoloogiat, töötab läbi ja analüüsib haigestumust elanikkonna hulgas ning määrab abinõud elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamiseks ja haigestumuse ning suremuse vähendamiseks.

Paljude vabariiklike haiglate töökogemused NSV Liidus näitavad, kui palju võib vabariiklik haigla rajoonihaiglaid abistada, kui ta oma tegevuses ei sulgu kitsasse ravifunktsioonide ringi, vaid hoolitseb elanikkonna ravi- ja profülaktikaalase teenindamise taseme tõstmise eest perifeerias.

Järelkult tuleb vabariiklike haiglate spetsialistidel kasutada kõiki abinõusid maa-elanikkonna ravi- ja profülaktikaalase abi kvaliteedi tõstmisel nendele pandud tähtsate ülesannete täitmiseks.

C-hüpovitaminoosi esinemisest Eesti NSV põlevkivibasseini laavakaevuritel

E. Vagane, L. Kildema ja L. Kõpman,

(ENSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. B o g o v s k i)

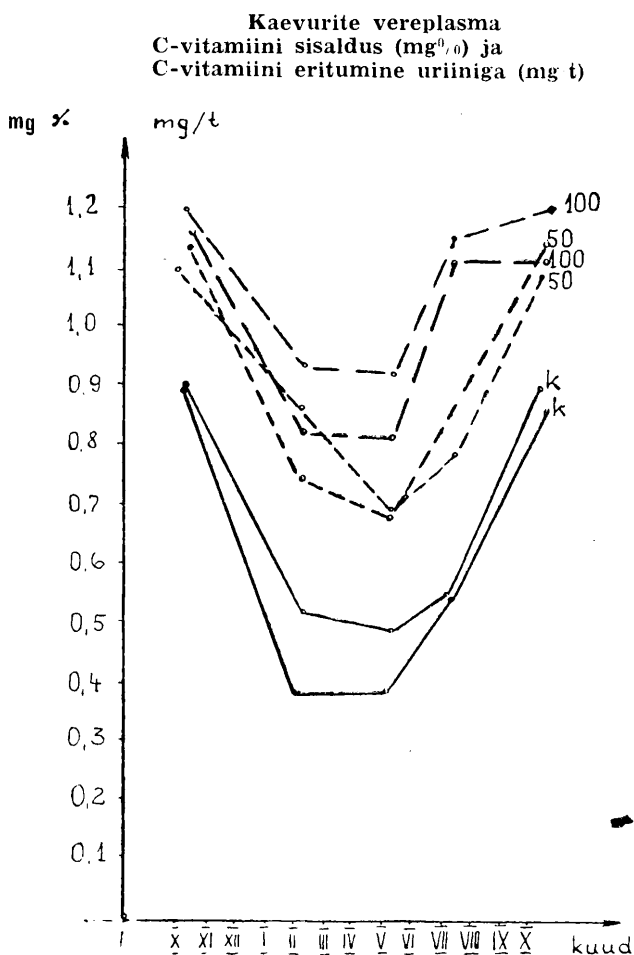
Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis 1950.—1951. a. teostatud tööst selgus, et suve teisel poolel ja sügisel on toidus küllaldaselt C-vitamiini rasedate ja rinnaga toitvate emade C-vitamiini vajaduse rahuldamiseks (5). Värske toiduainete periood on Eesti NSV-s aga lühike, kõigest umbes 3 kuud, ja toiduainete säilitamisel laguneb C-vitamiin nendes kiiresti (6). See ongi C-vitamiini vähesuse põhjuseks talveperioodil. Ka J. Sibul, A. Aljak jt. (1, 4) juhivad tähelepanu C-vitamiiniga toitumise puudulikkusele Eesti NSV tingimustes. Eeskätt võib C-hüpovitaminoos esineda isikuil, kelle C-vitamiini vajadus on suur (rasket füüsilist tööd tegevad töölised, haiged jt.). Vitamiinide vähesuse tõttu langeb organismi reaktiivsus ja suureneb haigestumus.

J. Maasiku andmeil on Eesti NSV põlevkivikaevanduste tööliste üldine haigestumus üks kõrgemaid vabariigis (3). Viimastel aastatel esineb kaevureil üha sagedamini grippi ning ägedat ülemiste hingamisteede katarri. 1956. aastal oli üldine haigestumus Käva-2 kaevanduses kõige kõrgem kevadel (mais).

Eeltoodut arvesse võttes seadsime oma töö ülesandeks: 1) välja selgitada C-hüpovitaminoosi esinemise ulatus Eesti NSV põlevkivikaevuritel, 2) määrata laavakaevurite C-vitamiini tarvidus ja 3) kavandada abinõud põlevkivikaevurite C-vitamiini tarviduse paremaks rahuldamiseks.

Töö teostasime 1956.—1957. a. Käva-2 kaevanduse laavakaevurite hulgas, sest laavakaevurid moodustavad kõige arvukama töötajate rühma põlevkivikaevanduses. Laavakaevurite töö on füüsiliselt raske. Vahetuses töötavad kaevurid ümber üle 20 tonni põlevkivi. Põlevkivikaevanduse

laavades on temperatuur nii suvel kui ka talvel võrdlemisi ühtlane, keskmiselt $+9^{\circ}$. Relatiivne niiskus on töökohal suur (95—98%). Peale lõhkamist esineb laavades vähesel määral vingugaasi ning lämmastikoksüüde ja töötamise ajal põlevkivitolmu (2). Laavakaevurid töötavad kerges riietuses. Põlevkivi korrapäratust transportimisest tingituna esineb laavades



— C-vitamiini eritumine uriiniga mg/t; Vereplasma keskmine C-vitamiini sisaldus mg%; k — kontrollrühm; 50 — vitaminiseeritud 50 mg; 100 — vitaminiseeritud 100 mg.

tööseisakuid, mille tõttu higised kaevurid on külmetumise ohus. Külmetumist soodustab niiskus, märjad jalad ning märg riieus.

Laavakaevurite C-vitamiini tarviduse määramiseks vitaminiseeriti alates 15. II 1956. kuni 1. III 1957. a. Käva-2 kaevanduse kaht laavakaevurite brigaadi, umbes 60 meest (kokku ajutiselt vitaminiseeritute 67 meest), 50 mg C-vitamiiniga, ja kaht brigaadi ka umbes 60 meest (kokku ajutiselt vitaminiseeritute 75 meest), 100 mg C-vitamiiniga. Kaevurid said C-vitamiini preparaate dražeedena iga päev enne tööle minekut. Puhkepäevade eest anti preparaate ette. Kontrollrühma moodustasid 193 laavakaevurit, kes töötasid Käva-2 kaevanduse teistes laavakaevurite brigaadides vitaminiseeritute võrdsetes töötingimustes. Enamiku (87%) uuritud laavakaevurite vanus oli 21—40 aastat. Tööstaaž põlevkivi-kaevanduses oli enamikul (96%) kuni 10 aastat.

C-hüpopovitaminoosi esinemise ulatuse ja vitaminiseerimise efektiivsuse hindamiseks uuriti viiel väljasõidul (1956. a. veebruaris, mais, juulis ning oktoobris ja 1957. a. veebruaris) C-vitamiini sisaldust kaevurite vereplas-

mas (Farmes-Abt'i meetod) ja C-vitamiini eritumist uriiniga (Železnjakova meetod) ning viidi läbi kaevurite üldine arstlik läbivaatus koos negatiivse rõhu testiga (Nesterov'i proov). Kaevurite toidu C-vitamiini sisalduse iseloomustamiseks uuriti samaaegselt C-vitamiini sisaldust Käva-2 kaevanduse ja teiste sööklate ning koduses toidus (Riikliku Vitamiini Kontrolljaama metoodilise juhendi järgi). Töö lõpetamisel töötati läbi vitaminiseeritud ja vitaminiseerimata kaevurite haigestumus.

Kokku teostati 571 arstlikku läbivaatust ja 648 negatiivse rõhu testi. Määrati 549 korda C-vitamiini sisaldust vereplasmas ja 531 korda C-vitamiini eritumist uriinis. Sööklate toiduratsioonide (hommiku-, lõuna- ja õhtusöök) C-vitamiini sisaldust uuriti 63-l ja koduseid toiduratsioone 30-l korral.

Tööst selgus, et kaevuritel esineb talvel ja kevadel sageli C-hüповитаминоosi. Veebruaris-mais uuritud 217-st vitaminiseerimata kaevurist esines hüповитаминоosi 210-l kaevuril (ligikaudu 95%). Sügisel on kaevurite organism paremini varustatud C-vitamiiniga. Oktoobris uuritud 52-st vitaminiseerimata kaevurist oli viiel kaevuril (umbes 10%) organismi küllastatuse taset iseloomustavad näitajad madalad.

Joonisel on toodud kaevurite vereplasma keskmine C-vitamiini sisaldus (mg%) ja C-vitamiini eritumine uriiniga (mg/tundi). Võrreldes neid andmeid normiga (Lavrovi järgi on vereplasmas normaalselt 0,7—1,2 mg% C-vitamiini ja Železnjakova järgi eritub uriiniga normaalselt 0,7—1,0 mg/tundi C-vitamiini) näeme, et vitaminiseerimata kaevureil (joonisel «k») esineb talvel ja kevadel (jaanuarist juulini) tunduv C-vitamiini defitsiit. Ka 50 mg C-vitamiiniga vitaminiseeritud kaevuritel (joonisel «50») esineb kevadel sageli hüповитаминоosi. 100 mg C-vitamiiniga vitaminiseeritud kaevuritel (joonisel «100») on keskmised näitajad talvel ja kevadel küll normi piires, kuid umbes veerandil (24%) kaevureist on need alla normi. Seepärast võib laavakaevurite C-vitamiini tarviduseks pidada 100—150 mg päevas.

Kaevurite C-hüповитаминоosi tähtsaimaks põhjuseks on toidu vähene C-vitamiini sisaldus. Päevane toit (hommiku-, lõuna- ja õhtusöök kokku) sööklates sisaldas vastavalt aastaajale keskmiselt 15—35 mg C-vitamiini. Koduse toidu C-vitamiini sisaldus oli keskmiselt 15—50 mg päevas. Kaevurite C-vitamiini tarviduse rahuldamiseks on seepärast vajalik nende toidu vitaminiseerimine talvel, kevadel ja varasuvel (jaanuarist juulini) vähemalt 100 mg C-vitamiiniga päevas.

Meie tööst selgus, et vitaminiseerimine C-vitamiini preparaatidega suurendab organismi vastupanuvõimet haigustele ja kapillaaride vähenenud resistentsust. Vitaminiseeritud kaevurite üldine haigestumus oli üle 20% madalam kui vitaminiseerimata kaevuritel.

Meie arvates esineb laavakaevuritega analoogiline olukord ka teistel rasket füüsilist tööd tegevatel töölistel. Seetõttu on tarvis laialdaselt kasutusele võtta abinõud C-hüповитаминоosi vältimiseks.

KIRJANDUS

1. Aljak A., C-vitamiini sisaldus Tallinna lasteasutuste päevastes toiduratsioonides. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 5, 119—122, Tallinn, 1956.
2. Аккерберг И. И., Видоменко А. Н., Юргенсон И. А. и Янес Х. Я., Гигиеническая оценка условий труда на шахте «Кява-2». «Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности ЭССР», II, 61—85, Таллин, 1955.
3. Мазик И. В., Анализ заболеваемости со временной потерей трудоспособности рабочих сланцедобывающей промышленности. «Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности ЭССР», II, 153—165, Таллин, 1955.
4. Сибуль И. К., Суточная периодичность выделения аскорбиновой кислоты с мочой у человека. «Здравоохранение Советской Эстонии», 3, 97—105, Таллин, 1955.
5. Вагане Э. П., Содержание витамина С в грудном молоке по материалам родильных домов Таллина. «Вопросы питания», 6, 59—63, 1953.
6. Вагане Э. П. и Труус Э. Ю., Содержание витамина С в картофеле и в некоторых овощах. «Известия АН ЭССР», т. IV, 1, 116—121, Таллин, 1955.

Pneumokonioos põlevkivitööstuse töölistel

S. Salzmänn

(ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiini-teaduste kandidaat P. B o g o v s k i)

Vastavalt kaasaegsele vaatele nimetatakse pneumokonioosiks peen-disperse mineraaltolmu sissehingamise tagajärjel tekkivat kopsude fibroosi. Kõige ohtlikum on räni sisaldav tolm, eriti siis, kui selles esineb vaba ränihappe dioksüüd.

Eesti NSV-s, kus sõjajärgsetel aastatel on põlevkivitööstus hoogsalt arenenud ja tööliste arv selles tööstusharus pidevalt kasvab, võib see probleem muutuda aktuaalseks, sest põlevkivi sisaldab mineraalaineid, mille tolmu sissehingamine võib põhjustada pneumokonioosi.

Tallinna Polütehnilises Instituudis 1956. a. teostatud uurimised näitasid, et põlevkivitolmus leidis 14,8% SiO_2 — sellest 5,8% kvartsi. Põlevkivituha tolmus leidis 29,4% SiO_2 — sellest 10,6% kvartsi.

Põlevkivikaevandustes ja põlevkivi ümbertöötlemise tehastes sisaldab sissehingatav õhk rohkesti põlevkivi- ja põlevkivituha tolmu. Hügieenialased uurimised näitasid, et kaevandustest võetud õhuproovidest oli 53%-dil juhtudest tolmu kontsentratsioon õhus 2 kuni 3,5 korda kõrgem kui lubatud (norm on 10 mg 1 kuupmeetri kohta). Põlevkivi ümbertöötlevate tehaste õhus oli tolmu kontsentratsioon lubatud kontsentratsioonist kõrgem 10 kuni 100 korda.

Põlevkivi ja selle tuha tolm kuulub peendisperssete tolmude hulka. Tolmukübemete mõõtmed on: 50% — kuni 2 mahtmikronit ja 30% — 2 kuni 6 mahtmikronit, ülejäänud on mahult suuremad.

Põlevkivitolmu agressiivsuse küsimust inimeste suhtes ei ole seni küllaldaselt uuritud, sest meile kättesaadavas kodumaises ja välismaises kirjanduses ei õnnestunud vastavaid töid leida.

Arvestades eespoolmainitud asjaolusid, s. o. põlevkivi mineraloogilist koostist, tööruumide tolmustatust ja põlevkivi ning selle tuha tolmu disperssust, seadsime oma uurimistöö peaeesmärgiks küsimuse: kas põlevkivitolmu ja põlevkivituha tolmu sissehingamisel areneb töölistel pneumokonioos? Selle küsimuse lahendamine omab suurt praktilist tähtsust, sest pneumokonioos on raske haigus, mille tagajärjel töölised võivad kaotada töövõime. Teisest küljest nõuab selle haiguse vältimine profülaktiliste vahendite rakendamist, mis on seoses suurte kulutustega.

Oma töös kasutasime järgmist meetodit: Kohtla-Järvel ja Kiviõlis uuriti töö ajal kaevandustes ja põlevkivi ümbertöötlemise tehastes 3203 töölist, statsionaarselt uurisime Tallinna Vabariiklikus Haiglas 224 töölist, seega kokku 3427 töölist. Kõikidelt tööliselt koguti üksikasjalik üld- ja kutsealane anamnees, sest viimane omab pneumokonioosi diagnoosimisel erilist tähtsust. Kõiki töölisi uuriti terapeutiliselt, kusjuures erilist tähelepanu osutati hingamis- ja vereringeelunditele, sest mõned kopsuhaigused, nagu mitmesuguse etioloogiaga pneumoskleroosid ja paisnähud kopsudes võivad anda röntgenoloogiliselt pneumokonioosiga sarnaneva pildi. Teatavasti on pneumokonioosi diagnoosimine võimalik ainult röntgenograafia abil, sest lühema valgustusajaga (meie poolt uuritavatel haigetel oli ekspositsiooni aeg 0,25 kuni 0,4 min.) teostatud röntgenogramm ilmnivad selgemini pneumokonioosile tüüpilised muutused. Röntgenogramm ilmnivad kopsuväratite laienemine ja tihenemine, mis on tingitud tolmu sadesetumisest regionaalsetesse lümfisõlmedesse, ja parempoolse väratilateraalise kontuuri järsk piiritlus, mida arvatavasti põhjustab bronhide deformatsioon. Samuti on röntgenogramm ilmnud pneumokonioosi iseloomustavad kopsujoonise deformatsioonid nähtavad joonelistel või võrgutaoliste varjunditena või mõlemad koos; esinedes peamiselt alumistel kopsuväljadel, on

need paremini väljendunud paremas kopsus. Need muutused on põhjustatud sidekoe kahanemisest bronhe ja veresooni ümbritsevates lümfiteedes. Enamikul töölistest teostati peale röntgenograafia ka rindkere elundite röntgeni läbivalgustus, mis võimaldas kindlaks teha diafragma liikuvuse, pleuraliidete olemasolu, kopsu transpatsentsusi, muutusi emfüseemi diagnoosimiseks, südame suuruse ja kuju, müokardi toonuse ning aordi seisundi. Kõikidel töölistel teostati kliiniline vereuurimine, määrati kehakaal, pikkus, rinnaümbermõõt ja suuremal osal töölistest ka vitaalkapatsiteet.

Kutseala anamneesi, arstliku järelevaatuse ja röntgenoloogiliste uurimiste tulemusena diagnoositi põlevkivitolmu sissehingamise tagajärjel arenenud pneumokonioosi 130-l töölisel, mis moodustab 3,8% kõigi uuritud tööliste arvust. Põlevkivi-pneumokonioos areneb aeglaselt. 79-l töölisel (s. o. 61%) arenes pneumokonioos rohkem kui 10 aasta jooksul, nendest 38 töölist (s. o. 30%) töötasid põlevkivitööstuses 20—25 ja üksikud üle 30 aasta. Ainult neljal töölisel (s. o. 3%) kelle vanus ei ületanud 29 aastat, avastati pneumokonioos pärast 2—3 aastast töötamist põlevkivitööstuses. Mainitud juhtudel võisid pneumokonioosi kiiremat arenemist esile kutsuda tööliste noorus ja ühel juhul koldeline kopsutuberkuloos tihkenemise ning disseminatsiooni faasis. Viimasel juhul ei olnud tuberkuloosi põdev tööline sellest ise teadlik, ega olnud ka tuberkuloositõrje dispanseris arvel. Pealmaatöölistel oleneb pneumokonioosi arenemine õhus sisalduva tolmu kontsentratsioonist ja tööstaažist, kuna nendes tsehhides, kus tolmu õhus oli vähe ja tööliste tööstaaž lühike, pneumokonioosi peaaegu ei avastatud. Põlevkivituha tolmu sisaldavas atmosfääris viibivatel töölistel tekkis pneumokonioos lühema ajaga kui põlevkivitolmu sisaldavas keskkonnas viibinud töölistel. See nähtus on seletatav asjaoluga, et põlevkivituha tolm sisaldab kaks korda rohkem SiO_2 kui põlevkivitolm.

Kaevandustes, kus põlevkivitolmu õhus on tunduvalt vähem kui pealmaatsehhides, avastati pneumokonioos peaaegu eranditult ee- ja laavakaevuritel ning läbijatel, kelle töö on füüsiliselt raske. Nende kiirenenu ja sügavam hingamine võib soodustada suurema hulga tolmu kopsudesse sattumist. Kaevanduste töölistel tuleb pneumokonioosi tekkimist soodustavateks teguriteks pidada suurenenud õhuniiskust ja tööliste sundasendit töötamisel.

Järelevaatuse, perkussiooni, auskultatsiooni ja laboratoorsete uurimiste abil saadud kliiniliste sümptoomide hindamisel tuleb arvestada, et kõik need sümptoomid on nõrgalt väljendunud, eriti haiguse algstaadiumis. Isegi haiguse arenenud juhtudel võivad need sümptoomid puududa. 130-st põlevkivi-pneumokonioosihaigest esines 36-l tavalise töö puhul hingeldus, mis on seletatav emfüseemi ja kopsufibroosi arenemisega. Sama suurel arvul töölistest esines kõha, mis on nähtavasti tingitud ülemiste hingamisteede ärritusseisundist. Objektiivsetest sümptoomidest esines hingamiskahinate muutus kopsudes 49-l töölisel (s. o. 37,7%) nõrgenenud ja kareda hingamise näol, mida põhjustab kopsu fibroos. Kroonilist bronhiiti diagnoositi 33-l töölisel (s. o. 25%). Kopsude perkussioonil esines 25-l töölisel (s. o. 19%) karbikõla, mis viitab emfüseemi olemasolule. Lõpuks pean mainima pleura hõõrumiskahinaid, mis esinesid 17-l töölisel (s. o. 13%). Viimast sümptoomi ei tule tõlgendada tuberkuloosse pleuriidina. Rohkearvuliste uurimiste tulemusena on kindlaks tehtud, et pneumokoniooside puhul pleura pakseneb tolmu sattumise tõttu tema lümfisoontesse, mis kliiniliselt võib ilmned pleura hõõrumiskahinatena. Kliiniliste vereuurimiste andmetel ei ilmnenu pneumokonioosi puhul iseloomulikke vere muutusi, välja arvatud vere settereaktsiooni kiirenemine (24%-dil). Osal töölistest võis settereaktsiooni kiirendada krooniline bronhiit. Arteriaalse vererõhu mõõtmisel ilmnis enamikul juhtudest (70%) kalduvus hüpotooniasse.

Fibroosse koe arenemine kopsudes võib mõjustada kopsude vitaalkapatsiteeti, mis kirjanduse andmetel on normis 2700—3500—4300 cm^3 .

Määrasime vitaalkapatsiteedi 60-l põlevkivi-pneumokonioosihaigel, kusjuures ainult kolmel esinesid madalad väärtused (1000—2000 cm³).

Ülaltoodu põhjal oleme arvamusel, et meie poolt alates 1948. a. teostatud uurimistööst nähtub, et Eestis esineb põlevkivi-pneumokonioosi. Alustasime uurimistööd lähtudes sellest, et põlevkivitolm sisaldab SiO₂ kusjuures puudusid täpsed uurimisandmed põlevkivi mineraalse koostise kohta ning ei olnud kindlaks määratud hügieeniline olukord põlevkivikaevandustes ja selle ümbertöötlemisel. Alates 1952.—1953. a. alustati põlevkivi-pneumokonioosi probleemi uurimist Eesti NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis kompleksplaani alusel ja käesolev töö on selle kompleksse uurimistöö ühe osa kokkuvõte. Viimase 4—5 aasta jooksul on põlevkivi-pneumokonioosi olemasolu leidnud kinnitust järgmiste autorite töodes: A. Säärits, kes uuris 38-l põlevkivi-pneumokonioosihaigel hingamisfunktsiooni (eespool mainitud 130 haigest) leidis, et pneumokonioosi algstaadiumis on vitaalkapatsiteet 98% nõutavast. Kopsuventilatsiooni minutimaht oli nendel haigetel 10,7 liitrit (9,8 liitri vastu kontrollrühmas). Põlevkivi-pneumokonioosi kaugale arenenud juhtudel vitaalkapatsiteet oli kõigest 70%, nõutavast ja kopsuventilatsiooni minutimaht kõigest 7,3 liitrit. B. Šamardini uurimised samadel haigetel näitasid, et 57-st haigest oli kapillaaride läbitavus muutunud 18-l haigel. L. Kõpmani uurimisest selgus, et küülikute kopsude kunstlikul tolmustamisel leidis neis rüni 3,5 korda rohkem kui kontrollrühmas. V. Kung selgitas katsealustel loomadel kopsufibroosi nende tolmustamise tagajärjel põlevkivitolmuga.

Mainitud autor tegi histoloogiliste uurimistega kindlaks, et traumade tagajärjel surnud põlevkivitööstuse töölistel leidsid kopsude parenhüümis nõrgalt väljendunud fibroossed protsessid; tüüpilisi silikootilisi sõlmi leidis kopsuvärati lümfisõlmedes.

Analüüsides haigestumust põlevkivi-pneumokonioosi kutsealade järgi selgus, et pealmaatöolistest haigestuvad kõige sagedamini operaatorid, ekstraktorite masinistid ja tuhatöölised, kes viibivad kogu töö kestel põlevkivituha tolmuga saastatud õhkkonnas. Allmaatöolistest haigestuvad kõige sagedamini laavakaevurid, eekaevurid, läbijad ja puurijad. Nende tervistkahjustavate kutsealade väljaselgitamine võimaldab tervishoiuorganitel rakendada hügieenilisi ja profülaktilisi abinõusid kaevandustes ning põlevkivi ümbertöötlemise tehastes.

Mis puutub töövõimetusse, siis peab mainima, et suurem osa põlevkivi-pneumokonioosihaigetest olid oma erialal töövõimelised. Seitsmel töölisel, kelle vanus ei ületanud 52 aastat ja kelle tööstaaž põlevkivitööstuses ulatus üle kahekümne aasta, täheldasime väljakujunenud pulmonaalset insuffsientsust ja nad suunati arstlikku tööekspertiisi komisjoni invaliidsuse määramiseks.

Pneumokonioosihaigete töö korraldamisel tuleb arvestada tööliste organismi üldseisundit. Mäetööstustööliste tervisliku seisundi suhtes tööseadusandluses esitatavate vastunäidustuste (ülemiste hingamisteede haigused, südame- ja vereringehäired, aktiivne tuberkuloos, bronhiaal-astma jne.) puudumisel võib põlevkivi-pneumokonioosi I staadiumi haigeid lubada töötada oma erialal. II staadiumiga põlevkivi-pneumokonioosihaiged tuleb tolmu sisaldavast atmosfäärist eemaldada.

130-st põlevkivi-pneumokonioosihaigest esines tuberkuloos 13-l haigel, mis ligikaudu vastab kirjanduses esinevatele andmetele. Kahel haigel oli protsess ägenenud, teistel kulges see healoomuliselt.

Käesoleva tööga ei saa põlevkivi-pneumokonioosi probleemi kaugeltki veel lugeda ammendatuks. On vajalik töövõimeliste pneumokonioosihaigete edasine pikemaajaline jälgimine, mis aitab selgitada, kas protsess nendel progresseerub ja millisel määral see toimub. Uute haigestumiste vältimiseks tuleb täiendada mäetööstuse tööliste tööerakendamise vastunäidustusi arvestades põlevkivitööstuse spetsiifikat. Samuti tuleb hoolikamalt

uurida põlevkivi-pneumokonioosi kliinilist pilti, mis kergendaks selle haiguse diagnoosimist tema varajastes staadiumides.

Ei ole veel lahendatud mitmed teoreetilised küsimused, nagu näiteks küsimus, miks tekib põlevkivi-pneumokonioos allmaatöölistel, kus õhus leiduva põlevkivitolmu kontsentratsioon on võrdlemisi madal? Selgitamist vajab põlevkivituha tolmu allergiline toime, sest kahel pneumokonioosihaigel täheldasime põhihaigusele kaasnevat bronhiaalastmat, kusjuures ühel neist esinesid astmahood ainult töökohal.

Tuleks uurida põlevkivitolmu fagotsütaarset toimet, sest põlevkivitolm on elusatele kudedele toksiline.

See kohustab hügieenikuid ja sanitaararste teostama senisest veelgi intensiivsemat uurimistööd väliskeskkonna tingimuste selgitamiseks töökohtadel.

Omaette probleemiks on põlevkivi- ja põlevkivituha tolmu osiste elektrilised omadused, sest kirjanduslikel andmetel sõltub tolmu bioloogiline agressiivsus tolmuosakeste elektrilaengust.

Kõigi ülalesitatud küsimuste läbitöötamine kergendaks tunduvalt võitlust tolmu kahjustava toime vastu põlevkivitööstuses.

Пневмокониоз у рабочих сланцевой промышленности

С. Зальцман

Резюме

Пыль эстонских горючих сланцев вследствие их минерального состава должна быть отнесена к той категории пылей, вдыхание которых может вызвать легочный фиброз. Эта пыль содержит 14,8% соединений двуокиси кремния, в том числе 5,8% кварца и состоит из мелко-дисперсных частиц, 50% которых не более 2 микрон. Запыленность воздушной среды шахт и особенно сланцеперерабатывающих предприятий превышает предельно допустимые концентрации (10 мг/м^3) во много раз.

Для выявления сланцевого пневмокониоза было обследовано 3427 рабочих сланцевой промышленности; рабочие были осмотрены терапевтом и всем была произведена рентгенография органов грудной клетки. У 130 рабочих, т. е. у 3,8% всех обследованных был выявлен пневмокониоз, из них в первой стадии заболевания в 93% случаев и во второй стадии у 7%.

Сланцевый пневмокониоз отличается медленным течением; первая стадия заболевания у большинства больных была выявлена после 10 лет работы в пылевых профессиях этой отрасли промышленности. Для развития второй стадии требуется 15—25 лет. У большинства больных сланцевым пневмокониозом трудоспособность не нарушена, но зарегистрированы единичные случаи инвалидности вследствие кардио-пульмональной недостаточности. Сланцевый конио-туберкулез был диагностирован у 13 рабочих, т. е. у 10% всех больных сланцевым пневмокониозом; у двух рабочих наблюдали обострение туберкулезного процесса, у остальных туберкулез протекал доброкачественно.

Проблема сланцевого пневмокониоза еще далека от завершения: следует проводить длительные динамические наблюдения за состоянием здоровья больных сланцевым пневмокониозом, изучать фагоцитарные свойства сланцевой пыли и определить электрозараженность ее частиц, т. к. согласно литературным данным агрессивность пыли зависит от наличия электрического заряда. Разрешение этих вопросов поможет выработать профилактические меры по предупреждению сланцевого пневмокониоза.

Medikamentoosse ravi küsimusi

N. Elštein

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Bioloogia, füüsika ja keemia edusammud võimaldasid luua keeruka terapeutilise aparatuuri ja suurendada arstide käsutuses olevate farmakoloogiliste vahendite arvu.

Paljude ravimite juurutamise ajaloo analüüsimine näitab, et esimesel etapil kasutatakse neid laialdaselt, millele järgneb pettumus ja negatiivne suhtumine neisse. Nii juhtus paljude vanade vahenditega, sama võib mär-

gata ka antibiootikumide ja uute hormoonipreparaatide, nagu kortisooni adrenokortikotroopse hormooni suhtes. Äärmused ei ole antud juhul kasulikud, kuid see nõuab läbimõeldud suhtumist uutesse ravimitesse.

«... Moodsates suundades peitub tõelisuse tuum ja need on meie teadmiste progressi etappideks. Nende tähtsust ei tohi ainult üle hinnata ja mitte lasta ennast nendest vanade rangelt kindlaks määratud faktide kahjuks liialt kaasa kiskuda.» [M. I. Astvatsaturov (2).]

Kahjuks ongi ravimite ebaratsionaalse kasutamise üheks kõige sagedasemaks põhjuseks arstide kaasaminek moega.

Eriti näitlikult esines see antibiootikumide rakendamisel. Kahtlemata on antibiootikumid epohhiks arstiteaduses. Selle kohta ütles hästi A. L. Mjasnikov (12): «... ilma antibiootikumideta meie ei oleks tundnud end tõeliste arstidena». Ent antibiootikumid ei saa olla panakeiaks, nad ei ole universaalseks võtmeks kõikide haiguste ravimisel, sest — esiteks on igäihel neist kindel toimespekter, teiseks — praegu ei ole enam kahtlust, et nad tekitavad mõnikord allergilisi seisundeid ja lõpuks on tõestatud, et antibiootikumid võivad häirida vitamiinide tasakaalu ning vähendada organismi immuunobioloogilist kaitsevõimet.

Kõik see kohustab meid kasutama neid efektiivseid vahendeid läbimõeldult. Praktikas aga peavad arstid sageli kinni kahest ebaõigest põhimõttest. Esimene neist on see, et nad peavad antibiootikume näidustatuks iga kehatemperatuuri tõusu puhul, eriti aga siis, kui temperatuur ei lange ka pärast sulfaniilamiidpreparaatide manustamist. Teine viga seisneb selles, et kui penitsilliin ei aita, siis ordineeritakse streptomütsiini; kui ka see ei anna efekti, siis biomütsiini, terramütsiini või kahte, kolme ja enam antibiootikumi koos. Mikrofloora laad, haiguse patogenees, organismi reaktiivsus jt. on seejuures sageli teisejärgulise tähtsusega.

Ühes Eesti NSV rajoonis sai 44-aastane haige K. kehatemperatuuri vähendamiseks üheaegselt penitsilliini, streptomütsiini, biomütsiini ja süntomütsiini. Haiguse analüüsimine viitas areaktiivsel foonil kulgevale koldelisele pneumooniale gripi tagajärjel. Kõik loetletud antibiootikumid jäeti ära. Soovitati ekmonovatsilliini, vitamiine ja veini. Kahe päeva pärast temperatuur normaliseerus ja haige asus varsti tööle.

Koos U. A. Tageniga (18) kirjeldasime 14-aastast haiget K., kelle diagnoosiks oli kandidamükoosne krooniline sepsis antibiootikumide tarvitamise tagajärjel. On iseloomustav, et vaatamata sellele, et kandidamükoosi, oletati juba alguses, ei jätud antibiootikumide manustamist siiski ära. Haige viidi ohtlikust seisundist välja antibiootikumide täieliku ärajätmisega, joodnaatriumi süstimistega veenisisesi ja vereülekannetega.

Viimane näide osutab eriti selgesti raskustele, mis tuleb veel ületada uute ravimite positiivse kui ka negatiivse toime teadlikul hindamisel.

Kõik mäletavad veel soodavannide perioodi, nüüd on tekkinud eba-terve elevus novokaiinravi ümber. Mõnede vanusega kaasnevate haiguste puhul võib novokaiinravi arvatavasti anda teatavat efekti, kuid vanadust vältida sellega ei saa, sest pikk iga ja hea tervis sõltuvad eelkõige sotsiaalsetest tingimustest ja läbimõeldud käitumisest enda tervise suhtes kogu eluea jooksul. N. I. Graštšenkov (5) kirjutab: «Meie ei või nõustuda rumeenia sõpradega, kes räägivad, et vanadus on patoloogiline protsess ja et sellega tuleb võidelda nagu iga haigusega. Vanadust ravida ei ole võimalik, sest vanadus on samuti vältimatu, nagu noorus, lapseiga jne... Meie arvame, et seda probleemi tuleb lahendada koos bioloogiliste ja sotsiaalsete abinõudega, kusjuures viimased peavad olema juhtivad...»

Samuti on meie arvates mõnikord põhjendamatult glükoosi süstimine koos B₁₂- ning B₁-vitamiinidega. Sageli paluvad närvisüsteemi funktsionaalsete häiretega haiged neid ravimeid välja kirjutada, arstid aga täidavad sääraseid soove heameelega. Arstidelt palju aega nõudvaid psühhoteraapilisi ja füüsikalisi ravimeetodeid ning haige töö- ja puhkuse-režiimi puutuvaid nõuandeid asendab seega glükoos ja B-vitamiin. See

tõesti säästab arsti aega, kuid: 1) ravimeid kulutatakse ebaratsionaalselt, sest ravimeid tõsiselt vajavad haiged võivad neist ilma jääda, 2) on see täiendavaks koormuseks keskharidusega meditsiinitöötajatele, 3) soodustab see haigete usku enda haiguslikku seisundisse, sest «nähtavasti aitab veel ainult süstimine...»

Elanikkonna põhjendamata kiindumist mõnedesse ravivahenditesse soodustab arvatavasti ka oskamatu sanitaarharidustöö. Elanikkond peab teadma, kuidas hoiduda arterioskleroosi arenemisest, kuidas korraldada dieeti maohaiguste puhul, mispärast on vaja tegelda spordiga jne., aga kuidas ja millega tuleb ravida haiget — see on esmajoones ikkagi arsti asi.

Seoses ülalöelduga tekib küsimus, kas peab igal juhul haigele nime-tama temale määratud ravimit. Viimasel ajal on selle küsimuse kohta meditsiinilises kirjanduses sõna võtnud B. J. Votšal (4) ja V. I. Kairjukštis (6). Kui B. J. Votšali artikkel on ära toodud diskussiooni korras, siis V. I. Kairjukštis avaldab seisukoha, et haige peab alati teadma, mida talle määratakse. Meie ei ole nõus niisuguse ühekülgse lahendusega ja arvame, et siin peab asjale lähenema individuaalselt. Kui haige põeb pikemat aega ja ravi tagajärjed on väikesed, siis võime uue ravimi määramisel, mille abil loodame saada positiivset efekti, nimetada seda ja seletada haigele ravimi toimemehhanismi. Ravimit tuleb nimetada ka juhul, kui on põhjust oodata kummulatsioonähte või idiosünkraasiat, nagu digitaalse, joodi ja teiste puhul. Mõnikord aga on otstarbekohasem haigele selgitada ainult seda, milleks ravim määratakse, ilma ravimit mainimata. Pole saladus, et mõne-dele haigetele amiidopüriin, fenobarbitaal ja atsetüül-salitsüülhape «mõju-vad paremini» kui püramidoon, luminaal või aspiriin jt. Väga tähtis on haigetele seletada, kuidas ja millal on parem ravimit võtta (enne sööki, pärast sööki või söögiajal), juhtida tähelepanu võimalikule kõrvaltoimele ja ebageeldivale toimele (kuumusetunne nikotiinhappe võtmisel, tempe-ratuuri tõus neobensinooli süstimisel jm.) ja teatada, millal võib oodata ravitulemusi. See mitte ainult ei tekita haige usaldust arsti vastu, vaid kinnitab ka usku ravisse, soodustades selle suuremat efektiivsust.

Selliseid seletusi ei anta haigele kahjuks mitte alati. Sageli tekib pärast sulfaniilamiidide sissevõtmist iiveldus ja oksendamine. Selle põh-juseks on peamiselt asjaolu, et haigetele ei ole selgeks tehtud suurema hulga vedeliku tarvitamise vajadust sel puhul. Vedelik vähendab sulfaniil-amiidpreparaatide mürgist toimet.

Paljusid haigeid võivad hirmutada tsüstiidiinähud pärast urotropiini tarvitamist, kuivustunne suus pärast atropiini jt. Iga arst peab nende või-malustega arvestama, hoiatades nende eest haiget. Haigele tuleb rääkida ka asjadest, mis näivad arstile elementaarselt lihtsatena, näiteks kuidas teha sinepiilaastrit või soojenduskompressi, kuidas kasutada ravimküün-laid jne. On olnud juhtumeid, kus haige võttis ravimküünlaid sisse, või asetas pärasoolde koos paberiga. Sellised arusaamatused tuleb panna arsti arvele.

Sageli esineb ka raskusi, mille eest vastutus langeb käsiraamatute autoritele.

On teada, et mao ja soolte limaskestast võimalikust ärritamisest hoidu-miseks tuleb rauapreparaate tarvitada pärast söömist. Võrdlemisi levinud S. V. Anitškovi ja M. L. Belenki (1) farmakoloogiaõpikus ei kõnelda sellest sõnagi, M. P. Nikolajev (13) ja G. Kogan (8) soovivad millegipärast raua-preparaate võtta enne söömist.

Teine näide. Soolhape pidurdab maomahla eritamist. Seepärast on soolhappe tarvitamine subatsiidsete seisundite puhul enne söömist mitte ainult vastunäidustatud, vaid isegi kahjulik. Muuseas leidub V. P. Rodio-novi (20) toimetusel ilmunud farmakoloogia käsiraamatus, M. D. Maškovski (10) käsiraamatus jt. retsepte, kus ordineeritakse soolhapet nii enne söö-

mist kui ka söömise ajal. Missuguse soovitus järel neil juhtudel talitada, jääb arusaamatuks.

On tõestatud, et tunduvate paisnähtude esinemisel portaalsüsteemis ning maksa suurenemise korral ei ole peroraalsel südameglükosiidide määramisel erilist mõtet: nad peetuvad suurenenud maksas ja oodatavat efekti ei teki, kumuleerumise tagajärjel võivad esineda toksilised nähud (A. M. Sigal (15), G. A. Petrovski (14) jt.). Sellistel juhtudel on otstarbekohasem glükosiide manustada ravimküünaldes või parenteraalselt. Selle teadmine on praktiliselt väga tähtis. Tuntumates farmakoloogia käsiraamatutes, mis on ilmunud A. I. Tšerkesi (17), M. D. Maškovski, B. I. Lidski (9) ja M. H. Bergoltsi (3) sulest ei kõnelda sellest sõnagi.

Viiteid ei esine ka selle kohta, et pärast soolhappe võtmist tuleb hammaste rikkumise vältimiseks vee või nõrga soodalahusega suud loputada, et ftivasiidravi on otstarbekohane kombineerida B-vitamiinide kompleksiga (on andmeid, mis tõestavad, et ftivasiidil on antivitamiinsed omadused) jne.

Esitatud näidetest selgub, et teatmekirjandus käesoleval ajal ei vasta veel praktilise elu nõuetele.

Selgub, et arstid ei pea küllaldaselt kinni individuaalsest ordineerimise printsiibist, s. o. farmakoteraapia tähtsamast printsiibist [A. F. Kakovski (7), S. G. Moissejev (11) jt.]. Väga sagedasti kirjutatakse Behterevi mikstuuri vanematele inimestele, kellel pole ei vereringe puudulikkust ega kõha, ka mitte närvisüsteemi funktsionaalseid häireid. Aga kas adoniseürdi, kodeiini ja broomi tarvitamine ei pea olema näidustatud? Samasugust trafaretset lähenemist, ilma häire iseloomu arvestamata, näeme ka Pavlovi mikstuuri, Zelenini tilkade jt. väljakirjutamisel. D. F. Tšebotarov (16) märkis täiesti õigustatult, et mõned terapeudid pikema aja jooksul ei laienda oma farmakoteraapilist silmaringi. See ongi üks põhjusi, miks paljusid tõhusaid vahendeid ei kasutata, nagu okasviirpuu (*Crataegus*) — tahhükardiate ja tahhüarütmiate, nerioliin — vereringe puudulikkuse, C-vitamiin — arterioskleroosi puhul jne.

Kahtlemata ilmneb siin ka küllaldase kontakti puudumine apteekide ning ravi- ja profülaktikaasutuste vahel. Arstid ei tea mõnikord, missugused ravimid on saadaval ja missugused on defitsiitsed või missuguseid ravimeid enam ei toodeta. Samal põhjusel ei tea arstid ühe või teise ravimi hinda, mis on mõnikord oluline nii haige kui ka haiglasiseste kulutuste suhtes. On arusaadav, et kui haige vajab mõnda kallist ravimit, siis ei saa kõnelda kokkuhoiust. Kuid täielik õigus on B. J. Votšalil, kes kirjutab, et «me võime kasutada kalleid vahendeid rohkem sel juhul, kui me ei tee asjatuid kulutusi».

Ei saa vaikides mööda minna ka farmatseutide passiivsusest, kes küllaldaselt ei hoolitse saadaval olevatest ravimitest arstidele õigeaegselt teatamise eest ega täida enamasti ka oma otseseid kohustusi — ei juhi arstide tähelepanu nende poolt tehtud vigadele ravimite väljakirjutamisel. Retsept on arsti töö peegel. Mõnikord leidub aga veel ikka asjatundmatult koostatud retsepte, kus pole silmas peetud ravimite sobimatust jne.

Lõpuks tuleks veel märkida, et haiged tavaliselt hindavad üle medikamentoosset ravi, alahinnates seejuures teisi tegureid: dieeti, kehakultuuri, suitsetamisest loobumist jne.

Kahjuks ei leia režiimiküsimused ka arstide ettekirjutustes vajalikku tähelepanu. Kuid töö, puhkuse, toidlustamise režiimi, haigete elu- ja olustikulistesse küsimustesse tungimisega algavadki ettekirjutused, mitte aga ravimite väljakirjutamisega. Medikamentoosne ravi on ainult üks lüli ravi- ja profülaktikaalaste ürituste kompleksis, ning ravimisel saavutatakse eesmärk ainult siis, kui see on rangelt individualiseeritud ja otstarbekohane. Seejuures on tähtis mitte ainult ravimi õigeaegne ordineerimine, vaid ka selle õigeaegne ärajätmine, mis aga sageli unustatakse.

Võimalik, et mitte kõik käesolevas kirjutises esiletoodu ei näi vaiele-

damatuna, osa esitatust aga näib üldtuntuna. Kuid meditsiinitöötajate tähelepanu juhtimine nendele küsimustele on tingitud praktilise elu nõuetest.

Kirjandus

1. Аничков С. В. и Беленький М. Л. Учебник фармакологии, Л., 1955.
2. Аствацатуров М. И. — Сборник избранных трудов, Изд. ВМА им. С. М. Кирова, Л., 1939.
3. Бергольц М. Х. — Врачебный рецептурный справочник, М., 1952.
4. Вотчал Б. Е. — Некоторые вопросы фармакологии в клинике внутренних болезней, Клиническая медицина, 1957, т. XXXV, № 5, 8—12.
5. Гращенко Н. И. — О задачах дальнейшей деятельности Ученых медицинских советов министерств здравоохранения СССР и союзных республик, М., 1957.
6. Кайрюкшис В. И. — Должен ли знать больной, какое лекарство они принимает?, Врачебное дело, 7, 741—742, 1956.
7. Каковский А. Ф. — Критические замечания о назначении лекарств, М., 1956.
8. Коган Г. — Клиническая рецептура и фармакотерапия, М., 1948.
9. Лидский Б. И. — Практическое пособие по лекарственной терапии внутренних болезней, Киев, 1957.
10. Машковский М. Д. — Лекарственные средства, М., 1957.
11. Моисеев С. Г. — Врачебные ошибки по материалам лечебных учреждений Москва, Здравоохранение Российской Федерации, 8, 18—19, 1957.
12. Мясников А. Л. — В кн.: Труды восьмой Всесоюзной конференции терапевтов, Л., 1956.
13. Николаев М. П. — Учебник фармакологии, М., 1954.
14. Петровский Г. А. — Клиническая фармакология, Киев, 1956.
15. Сигал А. М. — Наперстянка и ее терапевтическое применение, М., 1956.
16. Чеботарев Д. Ф. — Место терапевта в системе здравоохранения, Врачебное дело, 10, 1069—1071, 1957.
17. Черкес А. И. — Фармакотерапия, Киев, 1955.
18. Эльштейн Н. В. и Таген У. А. — О грибковом сепсисе, Советская медицина (в печати).
19. Рецептурный справочник, Под ред. П. В. Родионова, Киев, 1954.
20. Langford R. B. — New drugs — when should we use them?, J. Louisiana med. soc, 1956, 8, 108, 301—303.
Реф.: Медицинский реферативный журнал, 1957, раздел I, № 7, стр. 11.

Некоторые вопросы медикаментозного лечения больных

Н. Эльштейн

Резюме

Анализ истории внедрения многих медикаментов показывает, что вначале они находят чрезмерно широкое применение, а затем к ним относятся даже негативно. Так было со многими старыми средствами. Та же заметна и применительно к антибиотикам и новым гормональным препаратам. Несомненно появление антибиотиков создало эру в медицине, но антибиотики не являются универсальным ключом для лечения всех болезней: каждый из них обладает определенным спектром действия. Они могут вызвать некоторые аллергические состояния, нарушить витаминный баланс и снизить иммунобиологические защитные свойства организма. Все это обязывает к продуманному использованию этих мощных лечебных средств.

Нездоровый ажиотаж создан сейчас и вокруг лечения новокаином. Это средство дает определенный эффект при некоторых болезнях; сопутствующих старости, но отдалить им старость невозможно.

Столь же необоснованно применяются иногда вливания глюкозы, инъекции витаминов В₁, В₁₂ и др.

Врачи недостаточно придерживаются принципа индивидуального назначения — важнейшего принципа фармакотерапии. Некоторые терапевты длительно не расширяют свой фармакотерапевтический кругозор. Это одна из причин, почему многие эффективные средства не находят использования. Врачи часто не знают также, какие медикаменты поступили в аптеки и какие сняты с производства. Необходимо создать более тесный контакт между аптеками и лечебно-профилактическими учреждениями.

Больные обычно переоценивают медикаментозное лечение, недооценивая другие факторы: важность соблюдения диеты, занятий физкультурой, отказа от курения и т. д.

Вопросы режима не находят себе подобающего отражения во врачебных рекомендациях, но именно с режима должны начинаться назначения, а не с прописывания лекарств. Медикаментозное лечение — только звено в общем комплексе лечебно-профилактических мероприятий и только тогда достигает цели, когда оно строго индивидуализировано и целесообразно.

Eesti NSV apteekide retseptuurist

L. Pant

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsusest, Peavalitsuse ülem
M. Vološin)

Apteegitöötajate peamiseks ülesandeks on elanikkonna küllaldane varustamine kvaliteetsete ravimitega, kasutades igakülgset kaasaegset tehnikat saavutusi. Ühtlasi on tarvis tagada elanikkonna kiiret ja kultuurset teenindamist. Sellele kõigele aitab kaasa standardsete valmisravimvormide laialdane kasutamine ja apteekide retseptuuri võimalikult laiaulatuslik standardiseerimine.

Apteekides esineb sageli korduvate eeskirjadega retsepte, mille järgi oleks võimalik organiseerida nende eelvalmistamist.

Apteekide retseptuuri tundmaõppimise eesmärgil organiseeriti suuresmates Eesti NSV apteekides ulatuslik retseptuuri analüüsimine, millest apteegitöötajad aktiivselt osa võtsid. 1956. a. oktoobrikuust kuni detsembrikuuni toimus see Tartu osakonnas ja 1957. a. märtsikuust kuni maikuuni Tallinnas ja Pärnu osakondades. Retseptuuri õpiti tundma 57 apteegis, kusjuures analüüsiti kokku 821 720 retsepti.

Selle juures selgitati välja: 1) üksikute ravimvormide protsentuaalne varieerumine üldretseptuuris, 2) sageli korduvate ravimvormide eeskirjad.

1. Ravimvormide protsentuaalne varieerumine.

Eesti NSV apteekide retseptuuris väljastatakse võrreldes teiste liiduvabariikide ja rajoonidega suhteliselt väga vähe originaalvalmisvorme. Koos ekstemporaalselt pakitavate lahtiste tablettide ja ampullidega moodustab meil valmisvormide hulk ainult 27%, üldretseptuuri ravimitest. Nii Moskva kui ka välismaa apteekides koosneb aga keskmiselt 80% retseptuurist valmisravimvormidest.

Originaalravimite suhteliselt väike protsent on osalt seletatav asjaoluga, et Eesti NSV-s on seni vähe tegeldud ravimite standardiseerimisega ja pole küllaldaselt ühtlustatud samatoimeliste ravimite eeskirju. Samuti on ka liiga vähe tehtud vastavat selgitustööd arstide hulgas. Samaaegselt ei ole valmisvormide nomenklatuur veel selleks küllaldane, et kohapealseid retseptuuri iseärasusi arvestades oleks nendega võimalik rahuldavalt teenindada meie elanikkonda.

Valmisvormide nomenklatuuri ja arvu suurendamine võimaldaks retseptijärgset ravimit patsientidele kiiresti väljastada. Teiseks alandaks ravimite tööstuslik valmistamine märgatavalt nende omahinda ja vabastaks palju kvalifitseeritud töötajaid teisteks vajalikeks töödeks. Sageli on tehastes valmistatud ravimite kvaliteet kõrgem, sest siin ei ole individuaalset eksimise võimalust ning valmistoodangut siin kontrollitakse ja analüüsitakse.

Suure tähtsusega on ka apteegisisene jaendamine. Eeljaendatud ravimite hulk on mõnedes apteekides küllaltki suur, nagu apteekides nr. 89, 2, 7, 59 jt. Mõnedes apteekides esineb seevastu vaid üksikuid eeljaendatud ravimeid, mis viitavad sellele, et siin ei ole piisavalt mõeldud elanikkonna teenindamise parandamisele. Sageli peavad patsiendid ootama isegi lihtsaid ravimeid, nagu lasteõli (taimeõli), boorvett jt. ekstemporaalset retseptuuri valmistamise järjekorras.

Ekstemporaalne retseptuur moodustab üldretseptuurist keskmiselt 73%, jagunedes omakorda mitmesugusteks ravimvormideks, mille kohta esitame andmed alljärgnevas tabelis:

Eesti NSV apteekide ekstemporaalse retseptuuri analüüsi tulemustest

Grupp	Ravimvormi nimetus	%-des ekstempor.	%-des retseptu- tuurist	%-des retseptu- tuurist
I	Vedelravimvormid			
	1. Keedised ja leotised selest a) ekstemporaalselt valmista- tud b) kontsentraatidest valmis- tatud	58,38	11,22	— 4,9 6,32
	2. Lahused ja segud		28,51	
	3. Tilgad selest a) lihttilgad b) liittilgad c) silmatilgad d) kõrva- ja ninatilgad		15,98	2,59 3,85 5,4 4,14
	4. Süstimislahused		2,67	
II	Pulbrilised ravimvormid	25,2		
	selest a) doseeritud pulbrid b) doseerimata lihtpulbrid c) doseerimata liitpulbrid		22,6 1,8 0,8	
III	Muud ravimvormid	16,42		
	1. Salvid selest a) valmissalvid b) ekstemporaalselt valmista- tud		7,08	0,8 6,28
	2. Tabletid, lahtised		2,36	
	3. Pillid		0,58	
	4. Suposiidid ja gloobulid		0,35	
	5. Teesegud		0,11	
	6. Ampullid, lahtised		5,53	
	7. Teised ravimvormid		0,41	
Kokku:		100,0	100,0	

Nagu nähtub tabelist, esineb Eesti NSV retseptuuris ülekaalukalt mitmesuguseid vedelravimvorme, mis moodustavad keskmiselt 58,38% ülejäänud ravimvormidest, kusjuures varieerumine kõigub üksikutes apteekides 36—75 protsendini.

Suurema osa vedelatest ravimitest moodustavad lahused ja segud, vähem esineb keediseid ja leotisi. Viimaste valmistamisel ei kasutata küllaldaselt standardse toimeainete sisaldusega kontsentraate (apteegid nr. 22 ja 33). Nende rakenõudamine aga aitaks tööd lihtsustada, garanteerides ühtlasi kindla toimeainete sisalduse ravimites.

Küllaltki suure osa vedelravimitest moodustavad mitmesugused tilgad, nagu silmatilgad, kõrva- ja ninatilgad, tilgad sissevõtmiseks jne. Kõige väiksema osa vedelravimeist moodustavad süstimislahused (2,67%), mida mõnes apteegis vastavate tingimuste puudumisel ambulatoorses retseptuuris ei ole üldse valmistatud, mõnes apteegis aga on nende osatähtsus küllaltki suur — kuni 14% (apt. nr. 16 ja 103).

Ekstemporaalse retseptuuri pulbriliste ravimvormide protsent on võrdlemisi ühtlane, moodustades keskmiselt 25,2%, kusjuures vähemalt 9/10 pulbritest on doseeritud.

Pillide ja suposiidide — gloobulite osatähtsus on väike. Viimaste osas ei ole aga analüüsi tulemused täiesti objektiivsed, sest neile ravimvormidele on nõudmine suurem kui apteegid suudavad rahuldada. See on tingitud indiferentse taimse pulbri ja kakaovõi defitsiitsusest. Kakaovõi puudumisel on aga apteek nr. 111 Viljandis hakanud gloobuleid edukalt val-

mistama glütseriin-želatiini massiga, niilist moodust tuleks kasutada teisteski apteekides.

Nagu selgub eeltoodud väljavõtetest, on mitmed ravimvormid moodustanud oma tähtsuse. Kui veel esineb üksikutel juhtudel teesegusid, siis ekstemporaalselt valmistatavaid plaastreid, emulsioone ja batsille ei valmistatud enamuses apteekides uuritava ajavahemikul enam üldse.

2. Sageli korduvad ravim-eeskirjad

Tehastes valmistatavate ravimvormide osatähtsuse suurendamisega on võimalik tunduvalt apteegitööd kergendada ja paremustada elanikkonna teenindamist. Sellepärast uurisimegi küsimust, millisel määral sarnanevad ravimeeskirjad Eesti NSV apteekides korduvad. Ilmneb, et olenedes ravimite väljakirjutajatest, esineb korduvate ravimite eeskirjades väiksemaid varieerumisi. Omavahel erinevad ka sageliesinevad eeskirjad Tallinna, Tartu ja Pärnu osakondades, ühtudes vaid väheste ravimite juures. Osaliselt oleneb kordumiste erinevus sellest, missugused spetsialiseeritud raviasutused paiknevad uuritava apteegi läheduses.

Näiteks esineb Tartu osakonnas rohkesti pulbrisegusid, milles atofaan või naatriumsalitsülaat on kombineeritud analgeetikumidega. Teistes osakondades esineb selliseid segusid aga väga harva. Samuti esineb apteegis nr. 122 omapäraseid pulbrisegusid platifülliiniga vererõhu vähendamiseks, mujal neid aga peaaegu ei esine.

Tihti esineb samasisuliste ravimite doseerimises väiksemaid kõikumisi. Kohalikuks tööstuslikuks tootmiseks andmisel tuleks doosid ühtlustada. Selliselt valmistatud standardpreparaadis on raviaine sisaldus kahtlemata stabiilsem kui näiteks mikstuuris, milles vastavalt eeskirjale on lahustatud mingit ravimit kas vähem või rohkem. Igakordselt doseeritav ravimi hulk oleneb sealjuures aga kasutatava lusika mahust, seepärast ei ole praktiliselt tähtis, kas mikstuur sisaldab kodeiini näiteks 0,12 või 0,15 grammi.

Kõige suurema rühma korduvatest ravimsegudest moodustavad aga just mitmesugused lahused ja mikstuurid. Väga palju esineb furatsiliini lahust kontsentratsioonides 1 : 4200 ja 1 : 5000 ning 5%-st ja 10%-st kaltsiumkloriidi lahust. Neid on võimalik apteegisiselt senisest enam eeljaendada ja sellega elanikkonna teenindamist parandada.

Tootmisse oleks vaja juurutada maomahla kõrval ka sageli korduv soolhappepepsiini mikstuur, kus 4,0—6,0 pepsiini on lahustatud 1—2 protsendilises soolhappelahuses. Vastandina maomahlas sisalduvale 0,57% üldhappele on sellises mikstuuris üldhappe hulk 0,1—0,2%.

Apteekides esineb veel palju Behterevi mikstuuri ekstemporaalselt valmistamist, kuigi lihtsam ja mugavam oleks kasutada olemasolevaid dražeesid. Sellest nähtub, et olemasolevaid valmisravimvorme on arstide hulgas liiga vähe tutvustatud.

Laialt on levinud mitmesugused köhamikstuurid.

Palju valmistatakse apteekides Pavlovi mikstuuri ja kaalium-jodiidi lahust, harvemini naatriumbromiidi, magneesiumsulfaadi ja novokaiini lahuseid.

Paljud süstelahused on ampullides, kuid märgatavalt esineb siiski kordumist seni veel ampulleerimata ravimite osas, nagu naatriumsalitsülaadi 10%-line, analgiini 50%-line ja ihtüooli 10%-line lahused.

Teise korduvate ravimite rühma moodustavad doseeritud liht- ja lihtpulbrid.

Tableteeritud lihtpulbrite, nagu ftivasiid, salipüriin, urosulfaan, diuretiin jt. nomenklatuur on võrdlemisi suur. Apteekides aga on siiski tulnud samu aineid korduvalt ekstemporaalselt doseerida, kuna tablette on ilmselt olnud mittepiisaval hulgal. Näiteks on Pärnu osakonna aptee-

kides kolme kuu jooksul doseeritud sageli korduvaid pulbrilisi lihtaineid kokku 80 000 pulbrit.

Eriti rohkesti on esinenud askorbiinhappe doseerimist kas puhtal kujul või koos glükoosiga, kusjuures doseering ületab olemasolevate dražeede oma tavaliselt mitmekordselt. Viimased ordineeritakse harilikult profülaktiliselt, harvemini aga ravimiseks, kuigi C-vitamiini ravimvormide analüüsimine on näidanud, et kõige paremini säilib askorbiinhappe dražeedes. Tuleks kaaluda küsimust, kas mitte valmistada C-vitamiini dražeesisid doseeringutes 0,1—0,2 jne.

Palju esineb naatriumsaltsülaadi, etasooli, paraamiinosaltsüülhappe, dibasooli jt. doseerimist, vähem on kordunud pankreatiin, broomkamper, nikotiinhape jt.

Liitpulbrid jagunevad kordumise seisukohalt analgeetilisteks, vere- rõhku alandavateks ja vitamiinide segudeks.

Analgeetilistest pulbrisegudest valmistatakse ekstemporaalselt väga sageli analgiini ja püramidooni segu, harvemini lisandatakse eelmistele kodeiini ja kofeiini. Palju esineb aspiriini-fenatsetiini-kofeiini-kodeiini segu. Neid segusid esineb küll ka tableteeritult, kuid ilmselt liiga väikestes kogustes ja võib-olla ka doseeringute teatud kõikumisega, mille tõttu apteegid peavad neid valmistama ekstemporaalselt. Samasugune olukord on ka vererõhku vähendavate vahendite puhul, kusjuures korduvad segud diuretiin-papaveriin-dibasool ja diuretiin-papaveriin-luminaal esinevad samuti tableteeritult, kuid neid valmistatakse siiski sageli ekstemporaalselt.

Väga palju on viimasel ajal hakatud välja kirjutama vitamiinide segusid, milles harilikult esinevad nikotiinhape, askorbiinhape, riboflaviin ja tiamiinbromiid kas koos glükoosiga või mõne indiferentse täiteainega. Olemasolev dražeeritud polivitamiin ei asenda seda segu.

Sagenenud on südameotomega tinktuuridele kas naatrium-bromiidi või mentooli ja papaveriini, mõnel juhul ka kodeiini lisamine, kordudes sellisel juhul juba nn. Kremli tilkadena või Zelenini tilkadena.

Kuigi pillide ja gloobulite osatähtsus ekstemporaalses retseptuuris on üldiselt väike, on nende eeskirjad võrdlemisi standardsed. Pillidel esineb kolm korduvat varianti: 1) kristalne jood — kaaliumjodiid — palderjani pakseksrakt, 2) kristalne jood — kaaliumjodiid — metüül-tiouratsiil, 3) kristalne jood — kaaliumjodiid — luminaal — metüül-tiouratsiil. Gloobulite sageli korduvad standardsed eeskirjad sisaldavad osarsooli, boorhapi ja glükoosi.

Suuremaid kõikumisi esineb reuma määrimisvedelikkude koostises, kuna nende eeskirjad korduvad teatud hulgas kõikjal suuremate või väiksemate muudatustega. Esineb segusid: mentool — metüülsaltsülaad — türgipipratinktuur — kampripiiritus. Mõnikord on mentool asendatud kloroformi või sipelgapiiritusega, ehk metüül-saltsülaad pöörirohu õliga. Tarvis oleks arstide kaasabil välja selgitada eriti efektiivsed segud ja need juurutada tootmisse, mis kiirendaks apteekide tööd.

Eelpool on toodud vaid murdosa mitmesugustest sageli korduvatest eeskirjadest, kuid nähtub siiski, et töö kiirendamise ja teenindamise parandamise huvides on tarvis asuda väljaselgitatud standardsete ravimvormide tsentraliseeritud tootmisele. Teiselt poolt on tarvis toodetavaid standardpreparaate arstkonna hulgas laialdasemalt populariseerida. Retseptuuri analüüsi põhjal on selgunud, et Eesti NSV apteekide retseptuuris väljastatakse suhteliselt vähe valmisravimvormi, mille hulgas eeljaendatud ravimeid on väga vähe. See näitab, et apteekides ei pöörata küllal-dast tähelepanu vajalikule eeljaendamisele.

Valmisvormide väike protsent seletub osaliselt olukorraga, et Eesti NSV-s puudub kohalik galeeniline laboratoorium, kus oleks võimalik valmistada ravimeid kohalike väljakujunenud eeskirjade järgi.

Suurt tööd tehakse apteekides pulbriliste lihtainete väljakaalumisel,

sest enamikus ei ole jätkunud küllaldaselt isegi neid tablette, mis esinevad üldiselt tableteeritutena, rääkimata sellistest, mida seni veel tablettidena ei valmistata. See töö raiskab asjatult spetsialistide aega. Vastavas galeenilises laboratooriumis aga oleks võimalik pulbreid palju kiiremini ja kvaliteetsemalt doseerida.

Järeldub, et peamiseks teeks ENSV apteekide töö paremustamiseks on galeenilise laboratooriumi rajamine, mille alusel oleks võimalik järsult suurendada valmisravimvormide osatähtsust retseptuuris.

Ka NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium taotleb edaspidi sagedamini esinevate eeskirjade järgi valmistatavate ravimite tootmist ainult galeenilis-farmatseutilistes tehastes ja laboratooriumides. Apteekides aga tuleks valmistada retseptide järgi ainult neid ravimeid, mis kiiresti riknevad, või mille seeriaviisiline tootmine ennast ei õigusta.

Lähema 10—15 aasta jooksul peab valmisvormide osatähtsus niipalju suurenema, et ektemporaalne retseptuur moodustaks vaid 15—20% üldretseptuurist.

Antud suunas tuleb joonduda ka Eesti NSV apteegivõrgul, kusjuures peamiseks ja esmajärguliseks ülesandeks on galeenilis-farmatseutilise laboratooriumi asutamine. Tuleb ka parandada sidet apteekide ja arstide vahel. Farmatseutidel on tarvis meil vajalikkude ravimite valmisvormide tootmise küsimus arstidega kooskõlastada. Ühtlasi aga tuleb arste senisest laialdasemalt tutvustada juba praegu saadaolevate ravimite originaalvormidega.

Platsentavere kogumisest gammaglobuliini tootmiseks ja selle rakendamiseks praktikas

H. Pihl

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. J a n n u s)

Paljude nakkushaiguste profülaktikas omab muude abinõude rakendamise kõrval suurt tähtsust ka passiivne immuniseerimine. Sel puhul viiakse organismi vajalikke antikehi, mis aitavad meid võidelda infektsiooniga. Antikehade peamiseks paiknemiskohaks on veri, täpsemalt öeldes, verevalgud. Verevalgud liigituvad peamiselt albumiinideks ja globuliinideks. Globuliinid jaotuvad omakorda alfa-, beeta- ja gammaglobuliinideks, millel kõigil on veel ka omad alafraktsioonid. Kaasaegsete arvamuste kohaselt on antikehad rõhuvas enamuses seotud just gammaglobuliiniga.

Arvestades gammaglobuliini suurt efektiivsust mitmete nakkushaiguste vältimisel, on asutud selle tööstuslikule tootmisele. Vereseerumi valkude fraktsioneerimise küsimusega hakati Nõukogude Liidus tegelema juba 1946. a. (3); esimesed gammaglobuliini preparaate seeriad lasti meil aga välja 1950. aastal. Gammaglobuliiniga seotud küsimusi on arutatud ka real rahvusvahelistel arstiteadlaste nõupidamistel nagu 1954. a. Pariisis toimunud Internatsionaalse Lastetsentrumi ja 1955. a. Lyonis olnud üleeuroopalisel biopreparaatide standardiseerimise konverentsidel (3).

Gammaglobuliini võib valmistada nii platsenta- kui ka doonoriverest. Meil kasutatakse gammaglobuliini tööstuslikuks tootmiseks peamiselt platsentaverd. Füsioloogiliselt kaotatava vere kogumine sünnitamise puhul on tunduvalt ökonoomsem doonorivere hankimisest. Paljudelt sünnitajalt väikestes annustes kogutud veri sisaldab tõenäoliselt rohkem mitmesuguste nakkushaiguste antikehi kui doonoriveri. Samuti leidub platsentavere seerumis peale hüüvete eemaldamise vähem fibrinogeeni, mis tunduvalt kergendab verevalkude fraktsioneerimist.

Eesti NSV tervishoiu ministri poolt 14. detsembril 1956. a. antud käskkirja nr. 308 järgi kohustati ka meie vabariigi suuremaid sünnitusasutusi

alustama platsentavere kogumist 1957. a. Käesoleval ajal tegelevad meil platsentavere kogumisega Tallinna Vabariikliku Haigla Sünnitusosakond, Tallinna I ja II Sünnitusmaja, Tartu Linna Kliiniline Sünnitusmaja, Pärnu, Narva, Jõhvi ja Rakvere linna haiglate sünnitusosakonnad. Platsentavere kogumise organiseerimine on käsil veel Kohtla-Järve haiglas ja edaspidi kavatakse verd saada ka Viljandi haigla sünnitusosakonnalt. Sellega on Eesti NSV-s platsentavere kogumisega seotud otseselt või kaudselt võrdlemisi suur arv meditsiinitöötajaid. Kõrgevaliteedilise platsentavere saamiseks tuleb selle kogumisel silmas pida järgmisi nõudeid. Verd kogutakse ainult normaalseid lapsi sünnitanud tervetelt emadelt. Enamuses toimub rasedate uurimine juba nõuandlates. Nendel juhtudel, mil sünnitaja ei ole olnud nõuandla järelevalvel, tuleb vastavad uurimised (WaR jt.) läbi viia sünnitusasutuses. Sünnitaja vaatluse ja küsitluse järele on valvearst kohustatud tegema sünnitusloole kirjaliku märkuse selle kohta, kas antud sünnitajalt võib või ei või koguda platsentaverd. Kogumine on lubamatu kõigepealt nii ema kui ka lapse luese puhul. Samuti ei koguta aktiivset tuberkuloosi põdevate emade verd. Verd ei või koguda ka sünnitajatelt, kes on varem põdenud kollatõbe (hepatiiti). Kogumise kontraindikatsioonideks on veel eklampsia, maksa- ja sapiteede haigused, mistahes etioloogiaga kasvaja, sünnitaja palavik, enneaegsete, nõrkade, väärarenditega ja surnud laste sünnitamine. NSVL Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Meditsiinilise Nõukogu poolt 23. detsembril 1946. aastal kinnitatud instruksiooni kohaselt vastutab platsentavere nõuetekohase kogumise eest sünnitusmaja peaarst või haigla sünnitusosakonna juhataja. Peale nabanööri saadava vere kasutatakse ka intra- ja retroplatsentaarset verd. Vere kogumisel peetakse silmas kõiki aseptika ja antiseptika nõudeid. Kogutud veri mahutatakse selleks määratud steriilsetesse ampullidesse, millele kinnitatakse etiketid sünnitusasutuse nime, sünnitusloo numbri, ämmaemanda ja sanitari perekonnanime ning vere kogumise kuupäevaga. Verrega täidetud ampullid tuleb paigutada kohe külmutuskappi, kus neid säilitatakse $+4^{\circ}$ temperatuuri juures. Sünnitusmajas võib platsentaverd hoida maksimaalselt 72 tundi. Saadud platsentaveri suunatakse Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi platsentavere kogumise laboratooriumi. Siin seerum eraldatakse ja konserveeritakse kloroformi abil. Eraldatud seerum saadetakse gammaglobuliini tootmiseks Moskvas asuvasse I. I. Metšnikovi nimelisse Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituuti. 1957. a. jooksul kogusid Eesti sünnitusasutused umbes 1500 liitrit platsentaverd. 1958. a. plaani kohaselt kavatakse aga seda koguda vähemalt 2000 liitrit.

Eesti NSV Ministrite Nõukogus ja Tervishoiu Ministeeriumis on kaalutletud gammaglobuliini kohaliku tootmise organiseerimise küsimust, kuid toormaterjali vähesuse tõttu loobuti sellest.

Nagu Lyoni nõupidamisest nähtub, toimub gammaglobuliini tööstuslik tootmine eri maades mitmesuguste meetoditega. Nõukogude Liidus rakendatakse gammaglobuliini saamiseks peamiselt piiritusmeetodit¹. Gammaglobuliini tootmisprotsess on mitmeastmeline, kusjuures erinevate verevalkude fraksioneerimiseks kasutatakse ka erinevate kontsentratsioonidega piiritust. Valkude denatureerimise vältimise eesmärgil toimub kogu tootmisprotsess miinustemperatuuri juures, kusjuures ka kasutatavad piirituslahused on jahutatud kuni -17° -ni. Gammaglobuliini tootmise lõppfaasis toimub selle kuivatamine külmutamise teel. Selleks kasutatakse temperatuuri kuni -76° . Kuivatatud gammaglobuliin, mis sisaldab ainult 2—3% niiskust, on väga hügrokoopiline, mille tõttu tuleb seda säilitada hermeetiliselt suletavates nõudes. Kõiki valminud gammaglobuliini seeriaid uuritakse bakterioloogiliselt steriilsuse suhtes. Samuti

¹ Valgufraksioonide eraldamist piirituse abil.

teostatakse rida bioproove. Enne tarbimisele suunamist lahustatakse gammaglobuliin 10-protsendilise füsioloogilise lahusega ja ampulleeritakse 3 ml mahuga ampullidesse. Praeguse tootmistehnoloogia rakendamisel saadakse 1 liitrist seerumist (s. t. ca 2 liitrist platsentaverest) 18—19 annust gammaglobuliini (üks annus võrdub 0,3 g). Kümne-protsendiline gammaglobuliini lahus on läbipaistev, mõnikord kergelt opal-lestseeruv vedelik. Gammaglobuliini ampulle säilitatakse +2—+10° temperatuuri juures. Preparaati võib kasutada kuni 1,5 aastat, arvestades platsentavere võtmise ajast. Mõranenud, samuti häguse või sadestunud sisaldusega ampulle ei kasutata. Gammaglobuliini süstitakse lihastesisesi. Keetmisest kuumi süstlaid ja nõelu tuleb jahutada, vastasel korral võib gammaglobuliini süstlasse tõmbamisel valk kalgenduda.

Gammaglobuliini rakendatakse meditsiinilises praktikas kõigepealt leetrite vältimiseks, kusjuures 3 ml gammaglobuliini süstimine asendab 30 ml leetriseerumi manustamist. Kuna väikestele lastele on 30—60 ml leetriseerumi süstimine kaunis valuline protseduur, tuleks kasutada leetriseerumi asemel gammaglobuliini. Samuti välditakse gammaglobuliini kasutamisel mõningaid seerumi kasutamisega seotud kõrvalnähte. Leetrihaigega kontakteerunud nõrkadele ja väikestele lastele ordineeritakse gammaglobuliini inkubatsiooniperioodi 3.—4. päeval. Siinjuures olgu mainitud, et lööbe tekkimise esimest päeva tuleb pidada haiget ümbritsevate laste suhtes juba 4.—5. inkubatsioonipäevaks. Tugevatele ja tervele aastast vanematele lastele võib gammaglobuliini manustada ka viienädal inkubatsioonipäeval. Nendel puhkudel põevad lapsed haigust mititeeritud vormina, omandades aga sellejuures eluaegse immuunsuse. Kui nakkuskoldes tekib 28—30 päeva möödumisel uusi leetrijuhumeid, tuleb kontaktsetele lastele süstida teistkordselt 0,5 ampulli gammaglobuliini. Gammaglobuliini kasutamisele ei ole mingisuguseid vastunäidustusi.

Peale leetrite on hakatud viimastel aastatel gammaglobuliini rakendada ka rea teiste nakkushaiguste vältimiseks. Nii kasutatakse gammaglobuliini poliomüeliidi vältimiseks kui ka raviks. Prof. M. Sokolov (4) rõhutab gammaglobuliini efektiivsust lastehalvatuse profülaktikas selle varajase kasutamise puhul. Raviks soovitab ta manustada gammaglobuliini haiguse ägedal staadiumil, kusjuures haigele süstitakse vähemalt kolme päeva jooksul 12—20 ml gammaglobuliini päevas. Muuseas rakendatakse Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas gammaglobuliini teatud tulemustega ka veel haiguse paraliüütilises järgus. Loomulikult sõltuvad gammaglobuliini poliomüeliiti vältivad ja ravivad omadused kasutatava preparaadi antikehade tiitrist. Samuti peaks hea gammaglobuliin sisaldama kõikide poliomüeliidiviiruste tüvede antikehi. Poliomüeliidivastasele passiivsele immuniseerimisele pannakse suurt rõhku ka välismaal. Gammaglobuliini laialdast rakendamist takistab seal aga, nagu viitab W. Hammon (5), selle preparaadi suhteliselt kõrge hind.

S. N. Babajeva ja A. A. Podolskaja (1) kirjeldavad gammaglobuliini kasutamise häid tulemusi ka läkaköha vältimisel. Nii toovad nad näite läkaköha haigetega kokkupuutunud 55-e söimeealise lapse süstimisest gammaglobuliiniga, kusjuures nendest kontaktsetest lastest haigestus ainult üks laps ja seegi kergel kujul. Samade autorite andmetel kergendab gammaglobuliini hilisem kasutamine aga tunduvalt läkaköha kulgu.

Gammaglobuliin leiab laialdast rakendamist ka epideemilise hepatiidi profülaktikas. Prof. I. L. Bogdanovi (2) jt. andmetel võib gammaglobuliini kasutamine vähendada haigestumist sellesse nakkusesse isegi 5—7 korda.

Eesti NSV varustamine gammaglobuliiniga nakkushaiguste profülaktika otstarbeks toimub Tallinna Vabariikliku Sanitaar Epidemioloogia Jaama kaudu. Arvestades gammaglobuliini kasutamise suurt tähtsust praktilises meditsiinis, on vaja taotleda selle preparaadi saamist meie

vabariigile senisest suuremates kogustes. Immuunbioloogilistel kaalutlustel oleks ühtlasi otstarbekas suunata meile just need gammaglobuliini seeriad, mille valmistamiseks on kasutatud Eesti NSV-s või vähemalt meie naaberalade sünnitusasutustes kogutud platsentaverd.

Kirjandus

1. Бабаева С. Н. и Подольская А. А. — Гаммаглобулин для профилактики и лечения коклюша. ЖМЭИ, 4, 7—12, 1956.
2. Богданов И. Л. — Современные данные о болезни Боткина и задачи борьбы с ней. Врачебное дело, 11, 1127—1132, 1956.
3. Нечаева А. С. и Пономарева — Практическое руководство по производству гаммаглобулина. Москва, 1956.
4. Соколов М. — Специфическая профилактика полиомиелита. Медицинский работник, 1957, 20 авг.
5. Хаммон У. — Пассивная иммунизация против полиомиелита. Сборник «Полномиелит», Перевод с английского, 298—309, Москва 1957.

О сборе плацентарной крови для производства гаммаглобулина и о применении его в практике

Х. Пихл

Резюме

Пассивная иммунизация имеет определенное значение в профилактике многих инфекционных заболеваний. В настоящее время считают, что антитела в подавляющем большинстве связаны гаммаглобулином крови. В СССР гаммаглобулин в промышленности изготавливается, в основном, из плацентарной крови. В ЭССР сбор плацентарной крови начался в 1957 году. При сборе плацентарной крови необходимо строго соблюдать предписания соответствующих инструкций. Сыворотка собранной плацентарной крови направляется Таллинским Н/И Институтом ЭМиГ в находящийся в Москве Институт Вакцин и Сывороток им. Мечникова для промышленного отделения гаммаглобулина. Гаммаглобулин у нас производится, главным образом, по спиртовому методу. Гаммаглобулин, предназначенный для потребления, разливается в ампулы по 3 мл в 10% растворе. Препарат назначается внутримышечно. Гаммаглобулин является действенным профилактическим, а отчасти, и лечебным средством не только при кори, но и при полиомиелите, коклюше, эпидемическом гепатите и др. инфекционных заболеваниях.

Varaealiste laste ratsionaalse toitlustamise küsimusi¹

Professor A. Tur,

NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia tegevliige

Varaealiste laste dieetika küsimused on äärmiselt aktuaalsed. See on ka arusaadav, sest toidu hulgal ja kvaliteedil on suur tähtsus lapse õigele arenemisele ja tema kaitsmisele haiguste eest.

Laste, eriti aga varaealiste laste toitmise küsimused peavad huvitama mitte ainult lastearste ja vanemaid, vaid ka pedagooge, laste tervishoiu organisatooreid, toiduainete ja piimatööstuse töötajaid, nõukogude majandusala töötajaid, partei- ja nõukogude organeid.

Käesolevas kirjutuses puudutame ainult mõningaid printsiipiaalse tähtsusega küsimusi, mida aga kõik lastearstid ei lahenda ühtlaselt.

Peamised toitained valgud, rasvad ja süsivesikud, samuti ka vitamiinid ja mineraalsoolad, mida laps toiduga saab, peavad nii hulgalt kui ka kvaliteedilt optimaalselt, mitte aga minimaalselt vastama lapse eale ja individuaalsetele tarvidustele.

Tuleb säilitada kindel valkude, rasvade, süsivesikute ja soolade ning teiste mineraalainete ja vitamiinide suhe, muutes seda vastavalt lapse eale, individuaalsele iseärasusele ning lähtetoiduainete erinevusele.

¹ Ettekanne Eesti NSV pediaatrite viiendal teaduslik-praktilisel konverentsil 26. ja 27. detsembril 1957. a. Tallinnas.

Meie kateedri uurimused (M. V. Miller-Šabanova, F. M. Lubenskaja, R. S. Sominskaja jt.) kui ka teiste kodu- ja välismaa autorite tähelepanekud näitavad, et loomuliku toitmise puhul omastab lapse organism valke, rasva ja süsivesikuid kui ka soolasid ning teisi toitaineid täielikumalt kui sega-, eriti aga varajase kunstliku toitmise puhul. Rinnapiim ei koorma seedeelundeid ning ainevahetuse protsessid kulgevad kõige väiksema pingutusega. Rinnapiimaga toitmisel on imikute suremus tavaliselt madalam kui täiendtoidu varajase andmise ja eriti varajase emapiima täieliku ärajätmise puhul. Segatoidule võib üle minna 5.—6. elukuul, lapse täiendtoitu järk-järgult mitmekesistades ning emapiima hulka vastavalt vähendades. See rahuldab kõige paremini lapse kasvamiseks ja õigeks arenemiseks vajalikke füsioloogilisi tarvidusi nii toitainete hulga kui ka kvaliteedi poolest.

Peab rõhutama, et naiste- ja lastenõuandlad osutavad vähe tähelepanu naiste laktatsiooniküsimustele; täiesti nõrgalt suhtutakse vaegpiimase profülaktikasse ja ravimise võimalustesse.

Imikute sega- ja kunstliku toitmise puhul on käesoleval ajal peamiseks koostisosaks naturaalne lehmapiim ja sellest valmistatud piimasegud.

Meie ei kahtle, et kõige lähemas tulevikus piimakonservid tõrjuvad välja täispiima ja piimaköörides valmistatud piimasegud. Käesoleval ajal on juba olemas head plasmoonipreparaadid, kui ka kuiv täispiim, kuiv koor, pool- ja kakskolmandikpiim kaera- ja riisitummiga, kuiv valk- (kaseiin) piim, kuivad limased tummid, 5- ja 10-protsendiline mannapuder, õunapüree ja mõned muud ained.

Tähelepanekud meie varaealiste tervete laste osakonnas, enneaegsete laste kliinikus ja somaatilistes kliinikutes näitavad, et lapsed söövad kuivpiima preparaate meelsasti ja arenevad seejuures hästi. Neid on võimalik valmistada *ex tempore*, enne lapse toitmist igasugustes tingimustes: söömes, kodus, reisil jne. Lihtne valmistamiviis, segu koosseisu täpsus jne. annavad nendele preparaatidele suure eelise.

On vaja nende preparaatide sortimenti laiendada, et neid saaks laialdaselt kasutada laste dieteetikas, eriti seal, kus puuduvad head piimaköögid, kui ka kauges põhjas ja mõnedes kaugetes lõuna- ning teistes rajoonides, kus ei ole küllaldaselt naturaalselt lehmapiima.

Igasuguste piimakonservide kasutamise puhul peab laps saama küllaldaselt hulgal kõiki vitamiine, erilist tähelepanu tuleb pöörata B-vitamiinide rühmale ja nimelt B₁₂-vitamiinile.

Imikute dieet peab olema maksimaalselt lihtne, kuid lihtsus ja lihtsusamine ei ole üks ja sama mõiste.

Kriitiliselt tuleb suhtuda imikutele keefiri andmisesse, Täisväärtuslik keefir, mis vastab joogina OST-364 nõuetele ei ole lapsele pikemaajaliseks ja suuremates hulkades tarvitamiseks soovitatav, sest see sisaldab umbes 0,2—0,5%, piiritust. Piimaköökidest väljastatav keefir ei vasta ilmselt OST'i nõuetele ei keefiriseenekete ega piimhappebakterite kui ka piirituse sisalduse tõttu. Selle keefiri koostis on väga muutlik. Keefiri säilitamisel soojas ruumis tõuseb piirituse sisaldus kiiresti, ületades happesuse. See teeb ta lapse toiduna kõlbmatuks.

Toiduga peab laps saama mitte ainult talle vajaliku hulga toitaineid ja kaloreid, vaid ka optimaalse hulga valke, rasvu, süsivesikuid, soolasid ja vitamiine otstarbekohases vahekorras. Kui laps on terve ja konstitutsionaalselt normaalne ja kui ema rinnapiima koostis on hea, siis tavaliselt ei ole tarvis arvutada põhitoiduainete ja kalorite hulka.

Hoopis erinev on olukord siis, kui lapse füüsilises arenemises ilmnevad normist kõrvalekaldumised, tema kaaluiive ei ole küllaldane, kui tekivad funktsionaalsed häired mao ja soolte talitluses, nagu düspeptilised nähud, kõhukinnisus, meteorism jne., või kui lapse enesetunne on häiritud, s. t. kui laps on rahutu, sööb isutult või vastupidi, liiga ahnelt jne.

Neil juhtumitel peab alati täpselt arvestama lapsele antava toidu hulka ja kvaliteeti.

Tahaksime veel juhtida tähelepanu ühele kaasaegses välismaa kirjan- duses võrdlemisi laialt esinevale tendentsile. See on laste vaba toitmise idee, kus toiduaegade arv ja toidu kvaliteet, intervallid toitmiste vahel, isegi mõningal määral toitute valik jäetakse lapse enese hooleks. Loomu- likult ei ole niisugune iga üksiku lapse vaba, laialdaselt individualiseeritud dieet vastuvõetav massilistele lasteasutustele; näiteks lastesõimede; sel- lest võib kõnelda ainult lapse individuaalsel kasvatamisel kõrge kultuuri- tasemega perekonnas.

Sel välismaa autorite tendentsil on ka positiivne külg, mis õigesti rõhutab lastele määratava režiimi, kasvatuse ja toitmise individualiseeri- mise tähtsust.

Tundub, et ei ole otstarbekohane soovitada lastele esimesel eluaastal selliseid toiteaineid nagu kalamari, lõhi, heeringas jt. Nende toiduainete lülitamine veidi vanemate laste dieeti on lubatav ja isegi soovitatav, kuid väga piiratud koguses ja mitte igapäevase kohustusliku toiduna.

Ajakirja piiratud ruum ei luba meil väljuda üldiste ja printsiipiaalsete viidete raamidest varaealiste laste dieedi kohta. Me ei peatu üksikasjali- selt üle aasta vanuste laste toitmisel, sest selles küsimuses ei esine olulisi printsiipiaalseid erinevusi üksikute klinitsistide praktikas. Üle aasta vanuste laste dieetikas on kõige olulisemaks ja sagedasemaks küsimuseks see, et laps ei oska mäluda ja neelata tahket, püdelat või ebaühtlase konsistentsiga toitu. Tervetel ja intellektuaalselt normaalsetel lastel on see tavaliselt ebaõige kasvatuse tagajärg, ning kasvatusküsimustel ei ole meil võimalik peatuda.

Tabelis nr. 1 on toodud lapsele ööpäeva jooksul vajalike põhitoidu- ainetes ja kalorite hulk.

Tabel nr. 1

Valkude, rasvade, süsivesikute ja kalorite ööpäevane tarvidus terve lapse 1 kg keha- kaalu kohta õige režiimi puhul.

Vanus	Toitmise viis	Valgud (V)	Rasvad (R)	Süsivesikud (S)	V; R; S	Kalorid
kuni 5 kuuni	loomulik toitmise	2,0—2,5	6,0—7,0	12,0—14,0	1 : 3 : 6	125—115
	kunstlik toitmise	3,5—4,5	6,0—7,0	12,0—14,0	1 : 1,75 : 3,5	135—120
	loomulik + täiend- toit	3,5—4,0	5,0—5,5	12,0—14,0	1 : 1,5 : 3,5	110—95
10—12 kuud	kunstlik toitmise	4,0—4,5	5,0—5,5	12,0—14,0	1 : 1,2 : 3	115—105
1—3 aastat		3,5—4,0	4,0—4,5	12,0—15,0	1 : 1,5 : 3,5	110—85
4—7 aastat		3,0—3,5	3,0—3,5	10,0—12,0	1 : 1 : 3,5	100—90
8—15 aastat		2,5—3,0	2,5—3,0	10,0—12,0	1 : 1 : 4	85—75

Nendest andmetest nähtub, et kunstliku toitmise puhul peab laps esi- mese viie elukuu jooksul saama 1,5 korda rohkem valku kui emapiimaga toidetav laps.

Esimese eluaasta lõpuks, kui emapiima hulk väheneb ja laps peab koos sellega saama tunduval hulgal lisatoitu, see vahe järk-järgult vähe- neb. Segatoidu puhul sõltub valgu hulk emapiima ja lisatoidu hulgast.

Laste mittetäisväärtusliku toitmise ja ebaõige režiimi puhul võib ker- gesti tekkida hüpovitaminoosne seisund, mille puhul vitamiinide tarvidus järsult tõuseb. Oma profülaktikaalase tööga peabki arst eelkõige püüdma saavutada, et last õigesti toidetaks ja kasvatataks, mitte aga šabloonselt suurendama vitamiinide hulka toidus, lähtudes ilmselt ebaõigest printsii- bist — mida rohkem, seda parem.

Laste ja täiskasvanute vitamiinide tarvidus ja vitamiinide sisalduvus emapiimas.

Vitamiin	Naisepiim (1 l)	Lapsele vajalik hulk NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi komisjoni andmetel
A-vitamiin	0,53 mg	1— 2 mg
Karotiin	0,27 „	2 „
B-rühma vitamiinid:		
B ₁ (tiamiin, aneuriin)	0,16 „	1— 2 „
B ₂ (riboflaviin)	0,43 „	2 „
Nikotiinhape	1,72 „	15 „
C-vitamiin	43 „	30—50 „
D-vitamiin	kuni 100 TÜ	500—1000 TÜ

Tabelis nr. 3 on toodud ajad, millal esimesel eluaastal tervetele lastele võib täiendtoitu määrata. Muidugi on see vaid skeem orienteerumiseks, mis enesestmõistetavalt vajab muutmist vastavalt lapse individuaalsetele erinevustele.

Tabel nr. 3

Tervete laste täiendtoit esimesel eluaastal.

V a n u s	Täiendtoit
5—6 kuud	5-protsendiline mannapuder
5,5—6,5 „	kisellid
5,5—6,5 „	õunapüree
6—7 „	10-protsendiline mannapuder poolpiimaga (edaspidi — kaerahelbe-, tatratangu-, riisipuder jt. köögivilja tummiga, puljongiga, täispiimaga)
6—7 „	kartuli- ja köögiviljapüree
6—7 „	riivitud toores õun
6—7 „	küpsetatud õun
7—8 „	mannakreem
7—8 „	lihapuljong
8—9 „	kuivikud, küpsised
9—10 „	munakollane
9—10 „	hakkliha
11—12 „	liha- ja kalafrikadellid ning aurutatud kotletid

Šabloon dieedi määramisel, toitmisele lähenemine ainult kaaluiive seisukohalt, on kõige sagedamini esinev kahjulik viga lastearstide igapäevases töös. See šabloon viib sageli laste ületoitmiseni, veel sagedamini aga nende alatoitmiseni imikute sega- ja kunstlikul toitmisel, eriti sagedasti aga loomuliku toitmise puhul.

Ühekülgne toitmine piima, eriti keefiri ja pudru kuritarvitamine esineb lastearstide igapäevases praktikas küllaltki sageli.

Mitte ainult üle aasta vanuste, vaid ka kuni aasta vanuste laste toitmisel tuleb erilist tähelepanu pöörata ka toidu maitseomadustele, välimusele ja söömise tehnikale ning kultuurile. Isegi üle poole aasta vanuste laste dieet peab olema mõnevõrra varieeruv.

Kahjuks peab üha uuesti rõhutama, et meditsiini-instituutide ravi- ja isegi pediaatriateaduskondades ei pöörata küllaldaselt üliõpilaste tähelepanu laste toitmise küsimustele, arstid-pediaatrid aga oma praktilises töös ei armasta just eriti sanitaarharidustööd, pühendavad sellele liiga vähe aega ega räägi dieteetikaküsimustest.

Ilma õige dieteetikata, alates laste esimestest elupäevadest, ei ole võimalik võidelda lapse tervise ja eriti varaealiste laste haigestumuse ning suremuse alandamise eest.

Ülalmainitud, võrdlemisi sagedasi defekte pediaatrite igapäevases töös ei tohi unustada ka kateedrite juhatajad ja ükski lastearst.

Вопросы рационального вскармливания детей раннего возраста

Профессор А. Тур

Резюме

Исследования руководимой нами кафедры, а также отечественных и зарубежных авторов показывают, что использование белков, жиров и углеводов, а также и солей других ингредиентов пищи более совершенно у детей на естественном вскармливании: грудное молоко требует минимального напряжения функций органов пищеварения и наименьшего напряжения обменных процессов.

Женские и детские консультации уделяют недостаточное внимание вопросам лактации женщины, профилактики и лечения гиполактации.

При смешанном и искусственном вскармливании грудных детей исходным продуктом должно быть натуральное коровье молоко и приготовляемые из него и правильно корректируемые смеси.

Наблюдения показали, что дети хорошо переносят и развиваются на сухих молочных препаратах, как препараты плазмона, сухого цельного молока, сухие сливки, половинное и двухтретное молоко, сухое белковое молоко, сухие слизистые отвары, 5 и 10% манная каша, яблочное пюре и др., при условиях обеспечения ребенка досточным введением всех витаминов, особенно витаминов комплекса В.

К назначению грудным детям кефира необходимо относиться более критично, так как кефир, удовлетворяющий требования ОСТ-364 как напиток, содержит около 0,2—0,5% спирта.

В своем пищевом рационе ребенок должен получать не только необходимые ему калорий, но и оптимальное для него количество белков, жиров, углеводов, солей и витаминов в наиболее целесообразных соотношениях между ними.

В современной зарубежной литературе высказана идея свободного кормления детей, когда число приемов пищи и ее количество, интервалы между приемами пищи и в некоторой степени даже выбор блюд предоставляется самому ребенку. Конечно, индивидуализированная диета необходима, но такое широкое индивидуализирование совершенно не применимо. Вместе с тем эта тенденция правильно подчеркивает необходимость целесообразной индивидуализации, назначаемых детям режима жизни, воспитания и питания.

Шаблон в диетических назначениях, подход к питанию, как средству нарастания веса — одна из самых частых вредных ошибок в повседневной работе детских врачей, что приводит к перекармливанию или чаще всего — к недокармливанию детей как при смешанном, искусственном и особенно часто при естественном вскармливании грудных детей.

При питании детей старше года и на первом году жизни надо обращать внимание на вкусовые качества пищи, на внешнее оформление, технику и культуру еды.

Без правильной диететики детей с первых дней их жизни не может быть даже элементарно достаточной борьбы за здоровье ребенка, за дальнейшее снижение детской заболеваемости и смертности.

Kavernide lahtise ravi hilistulemustest

J. Ennulo,

meditsiiniteaduste doktor

(ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski).

Kirurgide seas püsis kuni 1940. aastani arvamus, et kavernotoomia pole õigustatud operatsioon, kuna see annab suure letaalsuse, tuberkuloosse protsessi sagedase progresseerumise ja väga väheste protsendi kliinilist tervistumist.

1940. aastast alates toimus Nõukogude Liidus kavernotoomia küsimuses murrang: N. Stoiko (5) kirjeldas nelja õnnestunud, s. o. kavernotoomia tõttu tervistunud juhtu, kus ta koos A. Višnevskiga modifitseeris pneumotoomia tavalist tehnikat.

Sellest momendist alates N. Stoiko ja tema õpilased L. Boguš (2) jt. asusid nende põhjuste uurimisele, mis seni pidurdasid kavernide (peamiselt hiidkavernide) lahtise ravi efektiivsust.

Rea laboratoorsete ja kliiniliste uurimuste põhjal N. Stoiko (5), L. Boguš (2), A. Glassoni (4), D. Assejevi (1) ja teiste poolt loodud kavernotoomia meetodika võimaldab kaverni lahtist ravi edukalt rakendada.

Nagu välismaa literatuurist nähtub, leiab seal mainitud operatsioonimeetod vähest kasutamist ning seda rakendatakse peamiselt jääkkavernide puhul pärast torakoplastikat, kusjuures letaalsus on võrdlemisi kõrge.

Viimastel aastatel kasutatakse lahtist kavernide ravi kopsuresektioonide tõttu vähem. Kuid kavernotoomiast kui ftisiokirurgilisest meetodist ei saa loobuda, sest see on paljudel ühe või kahepoolse protsessiga kopsutuberkuloosihageil madalate hingamisreservide juures ainsaks operatsioonimeetodiks. Kavernotoomiat võib teostada 1500-kuupsentimeetrilise kopsumahu ja 15-sekundilise hingamispausi (sissehingamisel) juures. Kopsu resektioon on aga säärase näitajate puhul vastunäidustatud.

Kaverni lahtise ravi puhul ei kannata terve kopsukude. Kopsu resektiooni aga pole võimalik efektiivselt teostada, kui ei resetteerita patoloogiliselt muutunud kopsukoega ka tervet kude.

Nii on kavernotoomia resektiooniga võrreldes füsioloogiliselt säästvam operatsioon.

Metoodilises kirjas, mis on koostatud 1957. a. Moskva, Leningradi ja Sverdlovi teaduslike tuberkuloosi uurimise instituutide poolt kopsutuberkuloosihagete operatsiooniks valiku kohta fikseeritakse, et kavernotoomia on näidustatud:

a) hiid- ja suurte kavernide puhul ükskõik millises kopsusagaras, kui leidub infiltratiivne protsess teises kopsus, või kui on olemas kahepoolne fibrokavernoosne protsess;

b) ühepoolse fibrokavernoosse protsessi puhul hiidkaverniga, kui kopsu funktsionaalsed näitajad on madalad. Säärasel juhul võib kavernotoomia tuberkulooset intoksikatsiooni vähendada, mille tagajärel osutub võimalikuks teostada torakoplastika või lihase transplantatsioon;

c) kavernotoomia näidustuseks võib olla ka fibrokavernoosne tuberkuloos pärast vähe efektiivset torakoplastikat, kui radikaalsemad operatsioonid on tehniliselt teostamatud.

Tuleb mainida, et kavernotoomia Nõukogude Liidu ftisiaatrie kätes pole mitte identne operatsioon pneumotoomiaga kopsu krooniliste, mädaste protsesside puhul, kus toimub vaid abstsessi avamine.

Kaverni lahtiseks raviks tuleb rajada kavernile juurdepääs rindkere pehmete kudede läbilõikamise, roiete dekatsiooni ja kaverni välise seina elektrinoaga eemaldamise teel. Kaverni sein vajab töötlemist antiseptikumidega, milledest tuleb eelistada *acid. trichloraceticum*'i. Viimane tekitab kudede pindmistes kihtides koagulatsiooni, ühtlasi hävitab selle happe 80%-ne lahus igasuguse mikrofloora. Pärast töötlemist täidetakse kaverni õõs hõredalt tampoonidega. Tampoonid niisutatakse kergelt višnevski salviga, ühtlasi puistatakse neile veel norsulfasooli või mõnda teist sulfaniilamiidpreparaati. Parema efekti saavutamiseks töödeldakse kaverni seina ka veel 7-ndal ja 10-ndal päeval pärast operatsiooni nimetatud *acid. trichloraceticum*'i lahusega. Pärastisel raviperioodil toimub tampoonide vahetamine individualiseeritult 2—7 päeva järel. Juhul, kui kaverni õõs ja bronhiaaluuris ei sulgu 3—4 kuu jooksul, on näidustatud roiete kumeruse vähendamine jääkõõne kohal torakoplastika näol. 25—30% juhtudest jäävad aga ka pärast torakoplastikat bronhiaalsed uurised püsima. Neil juhtudel on vaja teostada operatiivne bronhiaalse uurise sulgemine bioloogilise plombeerimise või isoleeritud bronhi ligeerimise teel.

Meil kasutatav meetod on üldiselt identne Moskva NSVL TA Tuberkuloosi-Instituudi omaga. Omandades kogemusi oleme aja jooksul sellesse meetodisse toonud mõningaid täiendusi. Neist võib mainida rutiini manustamist enne ja pärast operatsiooni ning bronhiaaluuriste sulgemist deepidermiseeritud nahalapi transplantatsiooni teel.

Transplantatsioonimeetodit deepidermiseeritud nahalapiga õigustavad alljärgnevad statistilised andmed esimese saja kavernotoomia juhu

kohta Tallinna Linna Tuberkuloosi Haiglas. Fotol nr. 1 näeme transplantatsiooniks prepareeritud 15 sm pikkust ning 10 sm laiust nahalappi, kusjuures sond viitab joonele, milleni epidermis on eemaldatud.

Meie haiglas on 1951.—1957. aastani tehtud kavernotoomia operatsioone 211 haigele.

Alljärgnevalt toome andmed meie poolt kavernotomeeritud esimese saja haige hilistagajärgede kohta. Siinjuures olgu tähendatud, et lahtist kavernide ravi meie ei asendanud vastavatel näidustustel kopsu resektsiooniga. Nii tegime Tallinna Tuberkuloosihaiglas 1956. aastal kavernotoomia 66-le haigele ja kopsuresektsioonid 43-le haigele. Haigete kontingendi üle võib otsustada järgmiste andmete alusel: 30-nel haigel oli spiromeetria 2000 sm³ või vähem, 10-nel haigel oli spiromeetria 1500 sm³ või vähem. Kõige madalam spiromeetria oli 1000 sm³. 82 haiget põdesid mõlemapoolset kopsutuberkuloosi, 11-nel oli operatsiooniperioodil ühe-



Foto nr. 1

poolne kunsttehislik pneumotooraks vastaspoolel. Kahepoolne kavernotoomia tehti kolmele haigele, kuus haiget kavernotomeeriti pärast tagajärgedeta torakoplastikat. 93-l opereeritud haigel olid kavernid ülemises sagaras, ülejäänud seitsmel keskmises või alumises sagaras. Kavernide suurus oli 2 kuni 18 sm. Kavernide kestus aga ulatus 2 kuni 12 aastani.

48-l kavernotomeeritud haigel oli vaja jääkõone vähendamise ja bronhiaaluurise sulgemise otstarbel teha piiratud torakoplastika. 4 haiget lahkus haiglast bronhiaaluuristega mitmesugustel põhjustel, ilma et neile oleks saanud teostada torakoplastikat või transplantatsiooni.

Torakoplastika tõttu, mis teostati mainitud 48-l haigel, sulgus bronhiaaluuris 17 juhul, s. o. rohkem kui $\frac{1}{3}$ -l haigetest. 18-le haigele, kelle bronhiaaluurised ei sulgunud torakoplastika tagajärjel, tehti deepidermiseeritud nahalapi transplantatsioon. Nahalapi transplantatsioon bronhiaaluuriste raviks tehti veel 13-le haigele, kellele vähese jääkõone tõttu torakoplastikat ei peetud vajalikuks. Seega suleti 31 haige bronhiaaluuris transplantatsioonimeetodiga.

31 transplantatsioonist õnnestus 28, s. o. 90%, juhtumitest.

Mitmesuguste ajavahemikkude järel retsidiveerusid bronhiaaluurised kolmel haigel, kuna neil aktiveerus tuberkuloosne protsess, kusjuures retsidiveerunud uurise sekreedis leidsid tuberkuloosipisikud.

Üldkokkuvõttes võib öelda, et 100-st kavernotomeeritud haigest olid 1958. a. algul kliiniliselt terved 66 inimest (66%). Nad ei erita rögaga tuberkuloosipisikuid ning bronhiaaluurised puuduvad. Seitsmel haigel on torakobronhiaalsed uurised ja neil leidub rögas ning uurise sekreedis tuberkuloosipisikuid, kusjuures tuberkuloosiprotsess on mõlemas kopsus. Viiel haigel leiduvad torakobronhiaaluurised, kuid rögas tuberkuloosipisikuid ei ole. Kümnel haigel on kavernotoomia haavad ja bronhiaaluurised sulgunud, kuid nad eritavad perioodiliselt pisikuid (mõlema-poolne kopsutuberkuloos). Ühe haige kohta puuduvad teated.

Huvitav on märkida, et 36-l elusolevast kavernotomeeritud haigest, s. o. 40%, haigetest, võidakse täheldada hingamispausi suurenemist või endisele tasemele jäämist, võrreldes operatsioonieelsega. Hingamispaus suurenes hingamisel võrreldes operatsioonieelsega 21-l haigel, s. o. 23,7%, juhtudest. Postoperatiivsel perioodil suri haiglas 7 haiget, neist 1 kopsuarteri emboolia tõttu. 6 surnul oli kõigil kahepoolne tuberkuloosiprot-



Foto nr. 2

sess ja väikene hingamisreserv. Kahel haigel oli spiromeetria 1000 sm^3 , ühel haigel 1400 sm^3 , kahel haigel 1600 sm^3 , ühel haigel 1700 sm^3 . Pärast haiglast lahkumist suri 4 haiget tuberkuloosse protsessi progresseerumise tõttu.

Peab mainima, et operatiivse kui ka postoperatiivse šoki tõttu ei ole meie haiglas, kus 211 haiget kavernotomeeriti paikse novokaiintuimastusega, surnud ühtki haiget, olgugi et kavernotoomiahaigete kontingent koosnes enamikus rasketest haigetest.

Kui võrrelda meie kavernotoomia tulemusi NSVL MTA Tuberkuloosi-Instituudi kirurgiaosakonna omadega 1955. aastal (2), kus on samuti toodud andmed saja haige kohta, siis näeme, et nad on üldiselt võrdsed, ainult täieliku tervistumise protsent on meie haiglas kõrgem. Samuti esineb meie haigetel vähem bronhiaaluuriseid.

Välismaa autorite andmed on aga Nõukogude Liidu kavernotoomia operatsiooni tulemustest tunduvalt halvemad. Nii on O'Brieni, O'Rourke'i ja O'Test'i andmetel (7) kavernotoomiapuhune letaalsus 50%. Siin on nähtavasti ilmselt süüdi ebaõige kavernotoomia meetodi rakendamine.

Kavernotoomia efektiivsuse illustreerimiseks toome lühikokkuvõtte järgmisest haigusloost:

Haige Š., 33 a. vana, tuli Tallinna Tuberkuloosihaiiglasse 10. märtsil 1954. a. diagnoosiga kopsu fibrokavernoosne tuberkuloos. B $\frac{1}{1 \text{ c. } 2 \text{ c. } 3}$

BK + Kopsutuberkuloos ja kavern vasakus kopsus, avastatud 1942. a. Osa võtnud Suurest Isamaasõjast ohvitserina, hiljem korduvalt olnud ravil sanatooriumides Eestis, Krimmis ja mujal. Hingamispaus sissehingamisel 22 sek., kopsumaht — 2600 cm^3 , SR — 45 mm, leukotsüütide

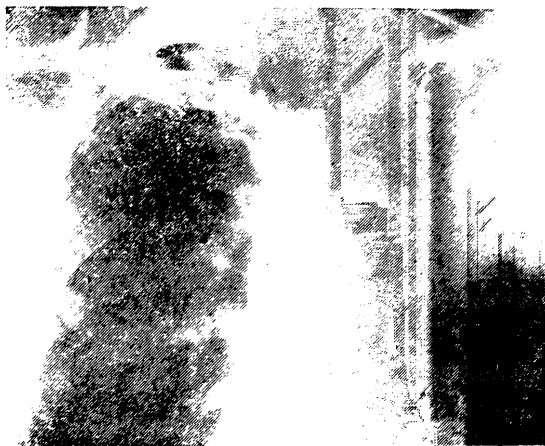


Foto nr. 3

arv —10.400, Hgb — 75%. Röntgenoloogiliselt leiti parema kopsu tipus fibroossed kolded, vasema kopsu tipust kuni 8-nda roideni (tagant) hiidkavern. Tuberkuloosivastastest vahenditest kasutanud streptomütsiini 50,0, PASHi 350,0, ftivasiidi 60,0. (foto nr. 2).



Foto nr. 4

Pärast operatsiooniks ettevalmistamist streptomütsiini, ftivasiidi ja üldtugevdavate vahenditega tehtud 10. V 1954. a. kavernotoomia ühes etapis paikse novokaiintuimastusega, resetseeritud 5 ülemist roiet. Haige talus operatsiooni hästi, operatsioonijärgseil päevadel t° ei tõusnud üle $37,4^\circ$. 30. VI 1954. a. teostati alumine tagumine, 15. VII 1954. a. ülemine tagumine ja 18. IX 1954. a. eesmine ülemine torakoplastika. Et bronhiaaluuris ei sulgunud, teostati 28. X 1954. a. deepidermiseeritud nahalapi

transplantatsioon. Transplantatsioon õnnestus. Haige lahkus haiglast 28. XII 1954. a. kliiniliselt paranenuna (foto nr 3). *Sputum*-BKΘ, spirometria — 1500 sm³, Hgb — 72%. Fotol nr. 4 näeme haige rindkere välist seisundit haiglast lahkumisel. Kirjas 24. XII 1957. a. teatab haige, et asub Novosibirski oblastis ja et tal bronhiaaluuris pole retsidiveerunud. 1956. a. olla tal avastatud värske tuberkuloosikolle teises, s. o. paremas kopsus, mis aga likvideeritud konservatiivse raviga.

K o k k u v õ t e.

1. Kavernotoomia metoodika sel kujul, nagu selle on välja töötanud Nõukogude Liidu autorid, on näidustatud rea ühe- ja kahepoolsete kavernoosete vormide puhul.

2. Kavernotoomia on säästev operatsioon, sest selle juures säilivad funktsioneerivad kopsuelemendid.

3. Kavernotomeeritud haigetest tervistus püsivalt 66%. Suremus olenes suurel määral haigete kontingendist. Tallinna Tuberkuloosihaiglas oli see järelravi perioodil 7%. Paljud haiged vabanesid kaverni lahtise ravi tõttu tuberkuloosist infektsioonist ja haiguse progresseerumise ohust, mille allikaks on iga kavern.

4. Meie haigetel püsis või tekkis ajajooksul bronhiaaluuriseid 12 juhul. Nendest 5 haiget ei erita rögaga pisikuid, samuti ei leidu neil tuberkuloosipisikuid bronhiaaluurise sekreedis. Neile on näidustatud bronhiaaluurise kirurgiline sulgemine.

5. Kavernotoomia kuulub operatsioonitrauma poolest meie arvates kergemate operatsioonide hulka, sest meie haigla 211 kavernotomeeritud haigest pole ükski surnud operatsiooni- või postoperatiivse šoki tõttu.

6. Ülemise kopsusagara kaverni avamisest tekkinud arm kaenlaõnarus pole peaaegu nähtav, mille tõttu kavernotoomia kosmeetiline efekt on parem teiste ftisiokirurgiliste operatsioonide järel.

7. Seni on kavernotoomiat rakendatud kauakestnud (üle 3 aasta) või hiidkavernide ravimiseks. Kuid kavernotoomia rakendamine on mõeldav ka värskemate kavernide raviks. Kavernotoomia tagajärjel ei kannata nendel juhtudel kopsude funktsioon

Kirjandus

1. Асеев Д. Д. — Клинико-морфологические изменения при заживлении каверн после операции кавернотомии. Проблемы туберкулеза, 1949, № 4, стр. 25—31.
2. Богуш Л. К. — Кавернотомия у больных туберкулезом легких. Медгиз—1955, стр. 7—34, 49—63, 116—128, 136—139.
3. Богуш Л. К. — Достижения советской фтизиохирургии за 40 лет. Проблемы туберкулеза, 1957, 7, стр. 68—69.
4. Глассон А. А. — Метод раннего закрытия бронхов и остаточной полости каверны межреберными сосудисто-мышечными стеблями после кавернотомии. Проблемы туберкулеза, 1949, № 4, стр. 32—35.
5. Стойко Н. Г. — О кавернотомии. Проблемы туберкулеза, 1946, № 4, стр. 3—7.
6. Эннуло Ю. А. — О хирургическом методе лечения бронхиальных свищей после кавернотомии пересадкой деэпидермизированного кожного лоскута. Проблемы туберкулеза. 1954, № 5, стр. 35—39.
7. O'Brien E. J., O'Rourke, P. V., Test, F. C. and Skinner, E. F. Cavernostomy. J. Thoracic Surg., 1947, vol. 16, № 6, p. 602—622.
Ref.: Л. К. Богуш. Кавернотомия у больных туберкулезом легких. Медгиз М., 1955.

Об отдаленных результатах открытого лечения каверн у больных туберкулезом легких

Ю. Эннуло

Резюме

Благодаря Н. Г. Стойко и его ученикам в Советском Союзе стали изучать те причины, которые около двух столетий препятствовали применению и распространению открытого лечения каверн, т. е. кавернотомии. В результате многих исследований выработана методика кавернотомии, которая позволяет достичь значительной эффективности.

Ценность кавернотомии состоит в том, что ее можно применить у весьма ослабленных больных.

За период времени с 1951 по 1957 гг. в Таллиннской городской туберкулезной больнице, под местной новокаиновой анестезией, произведены кавернотомии у 211 больных. Анализ отдаленных результатов подвергаются 100 больных, т. е. те, которые оперировались с 1951 до 1955 гг. включительно.

Из этих 100 больных спирометрию 2000 см³ и ниже имели 30 больных, 1500 см³ и ниже — 10 больных. Двусторонним легочным туберкулезом страдали 82 больных. Величина вскрытых каверн была от 2 до 18 см в продольном разрезе, а давность их от 2 до 12 лет. 48 больным произведена дополнительно торакопластика и 31 больному — пересадка деэпидермизированного кожного лоскута по нашему методу.

Результаты лечения: клинически здоровы 66 человек, 7 больных имеют торако-бронхиальные свищи и выделяют туберкулезные палочки. 5 больных имеют торако-бронхиальные свищи (двусторонний туберкулез легких), но туберкулезных палочек не выделяют. У 10 человек раны зажили, но они периодически выделяют с мокротой туберкулезные палочки.

У 40% больных, подвергшихся амбулаторному обследованию, дыхательная пауза осталась на одном уровне с дооперационной или даже увеличилась. От операционного шока не умер никто. В послеоперационном периоде умерло 7 кавернотомизированных, а в более поздние сроки 4 человека от прогрессирования туберкулеза.

Кавернотомия является физиологически щадящей операцией, ибо от нее не страдают функционирующие части легких, поэтому она должна заслужить внимание фтизиохирургов.

Kiviõli haigla tööst uutes tingimustes

O. Kladova,

Kiviõli rajoonihaigla peaarst

1956. aasta lõpul arutati kogu Nõukogude Liidu ulatuses maarajoonide tervishoiusüsteemi reorganiseerimise küsimusi.

Tervishoiuorganite töös esines mahajäämust, mida seletati olemasolevate jõudude ja materiaalsete vahendite mitteküllaldase kasutamisega, samuti meditsiiniala organisatsioonilise ja meetoodilise juhtimise madala tasemega. Maarajoonide tervishoiusüsteemi suureks puuduseks oli juhtivate tervishoiuorganite ja rajooni elanikkonda meditsiini- ja sanitaaralal teenindavate asutuste lahutatus. See kõik tekitas vajaduse otsida ratsionaalsemat süsteemi tervishoiuorganisatsioonile maal, mis võimaldaks seal parandada meditsiini- ja sanitaarala juhtimist ning täielikult ära kasutada olemasolevaid meditsiinikaadreid ja materiaal-tehnilist baasi. Pärast üleliidulist tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamist Moskvas, 1956. a. oktoobris, omandas liikumine tervishoiu organisatsiooniliste vormide muutmiseks maal laia ulatuse.

Eesti NSV-s kutsuti 1956. a. lõpus kokku tervishoiutöötajate nõupidamine, kus arutati tervishoiuorganite reorganiseerimise küsimust. Selle tagajärjel allutati 28 maarajoonis tervishoiuasutused ühisele juhtimisele.

Kiviõli rajoonis käsitleti seda küsimust rajooni meditsiinitöötajate aktiivil, kus üksmeelselt otsustati reorganiseerida rajooni tervishoiutöö juhtimine. Seda otsust toetasid kohalikud partei- ja nõukogude organid, kes aitasid meid ka selle otsuse ellurakendamisel.

Alates 1. jaanuarist 1957. a. likvideeriti rajooni tervishoiuosakond ja selle funktsioonid pandi rajoonihaigla peaarstile. Rajooni sanitaar-epidemioloogia jaam ühendati rajoonihaiglaga ja muudeti viimase osakonnaks. Vähendati administratiivsel ja majanduse alal töötajate koosseisu, meditsiinitöötajate (arstid, keskharidusega meditsiinipersonal) koosseis jäi endiseks. Ühendamisest on möödunud üks aasta ja praegu ei saa veel kõnelda sellistest näitajatest nagu suremuse ja letaalsuse langemisest, üldiste lastehaiguste ning nakkushaiguste vähenemisest ja ravitöö kvaliteedist, kuid siiski võib juba näha ühendamise positiivseid tagajärgi.

Elkõige peab mainima, et tervishoiuala juhtimine rajoonis on muutunud tunduvalt ühtsemaks ja kollektiivsemaks. Kõik küsimused otsustab rajooni peaarst koos raviala asetäitjaga ja sanitaar-epidemioloogia osakonna juhatajaga, kes on samuti peaarsti asetäitja. Parallelism juhtimises on seega likvideeritud. Haigla osakondades toimuvad iga päev nõupidamised, kus esitatakse ettekanne osakonnas ööpäeva jooksul toimunud sündmustest. Nõupidamise viib läbi osakonna juhataja, sellest võtavad osa kõik ordinaatorid. Pärast seda toimub peaarsti juures 5—10-minutiline kokkutulek, millest võtavad osa peaarsti asetäitja, osakondade juhatajad ja valvearst. Peaarsti asetäitja sanitaar-epidemioloogia osakonnas (s. o. selle osakonna juhataja) soovis ise osa võtta nendest peaarsti juures korraldatavatest kokkutulekutest ja see parandas palju meie tööd. Nendel igapäevastel kokkutulekutel tehakse kokkuvõtte ööpäevastest tööst, tehakse teatavaks päeva jooksul teostada kavatatavad üritused ja arutatakse lühidalt kõiki Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadaandeid ja korraldusi.

Juba aasta algul töötati läbi ja kinnitati töö kompleksplaan, millesse püüti lülitada kõik tööd: üldised üritused, kaadri kvalifikatsiooni tõstmine,

ideelis-poliitiline kasvatus ja massiline poliitiline töö, uute diagnoosimis- ja ravimeetodite juurutamine, jaoskonnahaiglate plaanilis-metoodiline ja konsultatiivne abistamine, polikliiniline ja sanitaar-epidemioloogiline tööloik, ülesanded sooltenakkuse juhtumite vähendamise, toidumürgituste vältimise ning sanitaarharidustöö alal.

Selles kalenderplaanis on ette nähtud osakondade, polikliiniku ja ter- vishoiupunktide juhatajate igakuised aruanded tehtud tööst. Eri ettekanne esitatakse sanitaar-epidemioloogia osakonna ja pediaatriateenistuse töö kohta kuu jooksul.

Kalenderplaanis on ette nähtud väljasõidud maa-arstijaoskondadesse (neid on rajoonis 3) ja velskri-ämmaemandapunktidesse, milliseid on rajoo- nis 2. Plaanikohaselt sõidavad iga kuu jaoskondadesse ja punktidesse pea- arst ja 2 peaarsti asetäitjat (ravi- ja sanitaar-epidemioloogia alal), konsul- tatsiooniks ja metoodiliseks juhendamiseks sõidavad samaaegselt jaoskon- dadesse ka rajooni spetsialistid. Peale selle sõidab iga spetsialist kiire vaja- duse puhul maa-arstijaoskonda konsulteerima kohe väljakutse saamise päeval. Selles suhtes on märgata tunduvat paranemist. Kui 1956. a. jooksul oli 45 väljasõitu, siis 1957. a. jooksul oli neid 116. Maahaiglad ja velskri- ämmaemandapunktid töötavad rajoonihaigla filiaalidena. Haigete hospi- taliseerimise küsimus maa-arstijaoskondadest on nüüd hästi reguleeritud. Haigeid võetakse vastu äraütlemiseta isegi siis, kui siseosakond on üle koormatud ja vabu kohti ei ole, arvestatakse konkreetselt, millise diag- noosiga haigeid peab hospitaliseerima. Mõnikord, kui seda tuleb tingimata teha, viiakse selle jaoskonna hospitaliseeritud haige, kes on juba uuritud, üle järelevale jaoskonnahaiglasse, kuhu ta jääb siseosakonna juhataja järelevalve alla. See võimaldab maksimaalselt kasutada jaoskonnahaigla voodikohti. Niisugune tihe side osakonnajuhatajate ja maa-arstijaoskon- dade vahel hõlbustab tunduvalt tööd, mida ka noored spetsialistid ise mõistavad.

Aktiivset järelevalvet teostatakse põllumajanduse spetsialistide ja pikemaajaliselt ning sagedasti põdevate kolhoosnike üle, kes võetakse dispanseerselt arvele igas maa-arstijaoskonnas. Käesoleva aasta kevadel sõitsid rajoonihaigla spetsialistid jaoskondadesse ja velskri-ämmaemanda- punktidesse ning organiseerisid koos maa-arstide ja velskritega dispanseeri- tud haigete järelevaatuse. Aasta jooksul raviti palju dispanseeritud haigeid nii statsionaarselt kui ka ambulatoorselt. Kolhoosides vähenes haigestu- mus ja ka haiguspäevade arv. Kuid maa-tervishoiuorganeid ei abistata mitte ainult nendes küsimustes. Paljud jaoskonnahaiglad, eriti aga velskri- ämmaemandapunktid, olid kuni võrgu reorganiseerimiseni halvasti varus- tatud mööbliga, meditsiiniliste instrumentidega ja muu sisseseadega. Pärast ühendamist pöördusid maa-meditsiinitöötajad ka varustusküsimus- tes abi saamiseks sagedamini rajoonihaigla poole. Maidla velskripunktis, mis allub Lüganuse jaoskonnahaiglale, ei olnud mööblit, sterilisaatoreid ning vajalikke arstiriistu. Rajoonihaigla eraldas osa oma bilansist sellele velskripunktile hädavajalike instrumentide muretsemiseks. Raskusi tek- kis ka Aseri jaoskonnahaiglas, kuhu töötajate soovil ja Tervishoiu Minis- teeriumi ettepanekul paigutati sünnitusvoodid. Rajoonihaigla abistas šef- luse korras Aseri haiglat vajalike instrumentidega, muretses oma kulul Rahmanovi voodi ja andis selle Aseri haigla bilanssi. Rajoonihaigla aitas oma ressursidega Lüganuse jaoskonnahaigla juures avada hambaravi kabineti. Tunduvalt kergemaks muutus maajaoskondade töö ka majandus- like küsimuste lahendamisel, sest rajoonihaigla abistab neid vajaduse kor- ral oma transpordivahenditega.

Sanitaar-epidemioloogia jaama ühendamisel ei piiranud me mingil määral sanitaar-epidemioloogia teenistuse õigusi, sanitaarauto jäi peaarsti asetäitja sanitaar-epidemioloogia alal käsutusse, sanitaar-epidemioloogia osakonnale ettenähtud summad kulutavad nad samuti ise täielikult ära.

Majanduslikult muutus sanitaar-epidemioloogia osakonna töö kerge-

maks, sest ühise majandusjuhataja käsutuses on transpordivahendid ja temal on kergem rahuldada osakonna vajadusi. Ka ravi- ja profülaktika-alases töös muutus ravi- ja sanitaarvõrgu tööd puudutavate küsimuste lahendamine hõlpsamaks. Nakkushaiguste ravimise ja profülaktika küsimustest ei ole huvitatud mitte ainult sanitaar-epidemioloogia osakond vaid ka rajoonihaigla ja jaoskonnaarstid.

Võitluses selliste haigustega, nagu düsenteeria, enterokoliid ja toksiline düspepsia, on näitajad samuti paranenud.

Sanitaar-epidemioloogia osakond ei täida mitte ainult kontrolli funktsioone, vaid juhib ja organiseerib vahetult koha peal nakkushaiguste tõrjet. Iga maa-arstijaoskond ja velskripunkt on varustatud ravimitega krooniliste haigete ravimiseks ja ravimise kvaliteeti kontrollitakse hoolikalt. Samasugune on olukord ka profülaktiliste kaitsesüstimiste alal. Varem tekkis sanitaar-epidemioloogia jaama ja rajoonihaigla nõrga kontakti tõttu rohkesti vaidlusi ja arusaamatusi profülaktiliste kaitsesüstimiste plaani täitmisel, nüüd aga täidavad linna ja maa ning sanitaar-epidemioloogia osakonna arstid ühiselt profülaktiliste kaitsesüstimiste plaani.

Terve rea tervistavaid üritusi teostasid Kiviõli rajooni töötajate tööja olustikutingimuste parandamiseks sanitaarala töötajad koos ravivõrgu töötajatega. 1957. a. kevadel tõtsid lastearstid üles küsimuse atmosfäärse õhu saastumisest tuha ja tahmaga Kiviõli linna uues rajoonis, kus asetsevad lasteaiad ning elab suurem osa linna elanikkonnast. Seda küsimust arutas haigla kaastöönõukogu, selle järel aga rajooni täitevkomitee, mille tagajärjel võeti vastu otsus uues linnarajoonis küttesüsteemid põlevkiviküttelt üle viia õliküttele. Praktiliselt teostati see küttesesooni alguseks. See vähendas tunduvalt uue rajooni õhu saastumist tuha ja tahmaga. Peale selle lahendati veel rida küsimusi koostöös sanitaarala ning ravivõrgu töötajatega.

Peaarsti asetäitja sanitaar-epidemioloogia alal võtab osa haigla hommikustest nõupidamistest ja informeerib meid kõikidest epidemioloogilistest puhangutest rajoonis, mis võimaldab koos ravivate arstidega operatiivselt lahendada rakendatavate abinõude küsimust nende puhangute likvideerimiseks, karantiini kehtestamiseks jne. Meie rajooni sanitaar-epidemioloogia osakonna töötajad suhtuvad toimunud ühendamisse hästi.

1957. a. komplekteeriti igas maa-jaoskonnahaiglas sanitaar-velskrite ametikohad, mis kergendasid sanitaar-epidemioloogiaalast tööd maa-arstijaoskondades.

Pärast ühendamist on meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmine tunduvalt edukam. Haiglas viiakse läbi iga kuu teaduslik-praktilisi konverentse, millest võtavad aktiivselt osa kõik rajooni meditsiinitöötajad. Varem puudusid nendel konverentsidel sageli sanitaar-epidemioloogia jaama arstid, maa-arstijaoskondade arstid, velskrid ning meditsiiniõed.

Tunduvalt on vähenenud rajoonisisene kirjavahetus, mis tervishoiuosakonna olemasolu puhul liigselt koormas rajooni tervishoiuasutusi. Tervishoiutöö juhtimise ühendamine rajoonis ühte keskusesse — rajoonihaiglasse — tõstis tunduvalt vastutust rajooni elanikkonna ravi- ja profülaktikaalase teenindamise seisundi eest.

Ühendamise positiivsed tulemused meie rajoonis tõestavad praktiliselt, et selline süsteem on senikehtinust eesrindlikum tervishoiutöö organisatsioonivorm maal.

Работа больницы Кивиыли в новых условиях

Резюме

О. Кладова

После всесоюзного совещания актива работников здравоохранения в октябре 1956 г. движение за изменение организационных форм руководства делом здравоохранения на селе приняло широкий размах.

В Кивийылском районе этот вопрос обсуждался на активе медицинских работников в конце 1956 года и объединение руководства работой медицинских учреждений было осуществлено с 1 января 1957 г.

Руководство здравоохранением стало единым и коллективным. Все вопросы решаются главным врачом района совместно с заместителем по лечебной части и заведующим санитарно-эпидемиологическим отделением, являющимся также заместителем главного врача. Параллелизм в руководстве ликвидирован.

В начале года разрабатывается и утверждается комплексный план работы больницы на кварталы, куда включаются все разделы работы. Кроме того разрабатывается еще календарный план работы, где все вопросы общего плана разбиваются по дням для конкретного выполнения.

В календарном плане предусмотрены ежемесячные выезды главного врача больницы, двух его заместителей и районных специалистов на сельские врачебные участки и фельдшерско-акушерские пункты. Кроме того в срочных случаях специалисты выезжают на сельские участки в день вызова. Если в 1956 году было сделано 45 выездов, то в 1957 году 116 выездов.

После реорганизации руководства здравоохранением сельские больницы и фельдшерско-акушерские пункты работают на правах филиалов районной больницы. Больные из сельских участков без отказа принимаются в районной больнице даже при большой загрузке терапевтического отделения и, если необходимо, то ранее госпитализированный и обследованный больной из этого отделения переводится на долечивание в участковую больницу под руководством заведующего отделением. Это дает возможность более максимально использовать койки сельских участковых больниц и вести более активное наблюдение за специалистами сельского хозяйства, длительно и часто болеющими колхозниками, взятые на диспансерский учет.

Санитарно-эпидемиологическое отделение районной больницы не только выполняет контрольные функции, а непосредственно на местах методически руководит и организует борьбу с инфекционными заболеваниями. План профилактических прививок участковые врачи города и села, работники санитарно-эпидемиологического отделения больницы выполняют совместно.

Заместитель главврача по санитарно-эпидемиологическим вопросам принимает участие в утренних конференциях у главного врача больницы и это помогает оперативно решать совместно с лечащими врачами вопросы по принятию мер для ликвидации всех вспышек инфекционных заболеваний, лечению больных, наложение карантина и т. д.

После объединения значительно успешнее осуществляется повышение квалификации медицинского персонала на ежемесячных научно-практических конференциях, на которых принимают активное участие все медицинские работники района.

Положительные результаты объединения руководства здравоохранением в районе свидетельствуют о том, что такая система является более передовой формой организационного руководства здравоохранением на селе.

Varaealiste laste karastamisest¹

V. Karu,

Tartu linna I Väikelastekodu peaarst

Karastamine on füüsilise kasvatuse tähtsamaid faktoreid, mille abil saame tõsta organismi kohanemisvõimet mitmesugustele väliskeskkonna tingimustele. Karastamine toimub tingitud reflekside moodustamise printsiibi alusel. Kui ühe või teise ärritaja (külma, sooja, niiskuse) toime sageli kordub, siis muutuvad harjutuste tagajärjel järk-järgult kiiremaks ja täpsemaks ka reflektorsed reaktsioonid. Ajutiste seoste pideva moodustamise teel harjub lapse organism alaliselt muutuvate välistingimustega. Muutuvatele välistingimustele kohanemise protsess on kaunis keeruline, sellest võtab osa terve rida organismi süsteeme nagu närvi-, südame-, veresoonte-, sisenõre- ja teised süsteemid, samuti ka ainetevahetus. Närvisüsteemis on tähtsam osa just vegetatiivsel süsteemil, sest see varustab veresooni ahendavate ja laiendavate närvidega. Vegetatiivsest närvisüsteemist siirduvad närvikiud ka higinäärmetesse, mille kaudu toimuvad soojuse reguleerimise refleksid, samuti mõjutab see kudede toitumist.

Laste organismi karastamisel tuleb esmajärjekorras rakendada nii-suguseid võimsaid looduslikke faktoreid nagu päike, valgus, õhk ja vesi.

¹ Ettekanne Eesti NSV vabariiklikul pediaatrite konverentsil Tallinnas 26. ja 27. detsembril 1957. a.

Karastamine stimuleerib lapse füüsilist arenemist, tugevdab organismi vastupanuvõimet väliskeskkonna kontrastsetele muutustele, muudab organismi füsioloogilist reageerimist mitmesugustele haiguslikele protsessidele ja tõstab lapse vastupidavust vaimsele ja füüsilisele koormusele.

Laste karastamisel tuleb silmas pidada, et lapse organism reageerib välismõjudele märksa kiiremini ja energilisemalt kui täiskasvanu organism. Samuti tuleb arvestada lapse vanust ja reaktiivsust. Ei tohi ka unustada tema närvisüsteemi üldist omapära ja seisundit antud momendil.

Protseduuride määramisel lasteasutuste tingimustes tuleb olla eriti ettevaatlik hiljuti kollektiivi saabunud lastega. Eriti tähelepanelik peab olema imikute karastamisel. Tuleb silmas pidada, et karastavate protseduuride rakendamisel nõrgendavad pikad vaheajad saavutatud mõju. Pikemate vaheaegade puhul karastuse toime kaob hoopiski. Seepärast tuleb karastamise jätkamisel pärast vaheaega (eriti pärast lapse haigust) karastusprotseduuri valikul ja ärritaja doosi määramisel olla sama ettevaatlik kui protseduuri alustamisel. Peale regulaarsuse omab organismi karastamisel erilist tähtsust ärrituste järk-järguline tugevdamine. Karastamisel on tähtis silmas pidada ka seda, et pikkade protseduuride puhul laps väsib. Seetõttu tuleb karastamisseansse organiseerida nõnda, et laps ei väsiks ning tema emotsionaalne toonus oleks protseduuri ajal hea.

Enne 1954. a. rakendati Tartu Linna I Väikelastekodus ainsa karastusprotseduurina magamist rõdul või avatud akendega kütmata toas. Pidades karastamist oluliseks eriti kroonilist düsenteeriat põdevate laste tervisliku seisundi parandamisel, rakendati 1955. a. alates veel tubaseid õhuvanne, kontrastseid jalavanne, suplust basseinis ja veega ülevalamisi. Sellise karastusmeetodi rakendamisega paranes laste üldine tervislik seisund ja vähenes haigestumine kopsupõletikkku.

Tubaste õhuvannide määramisel lähtuti professor A. Turi skeemist. Õhuvannid on lubatud varaealistele lastele alates 3. elukuust. Õhuvanne määrati 45—60 minutiks pärast sööki ning päevast magamist. Karastatava lapse nahk peab olema terve ja kuiv, tema meeleolu hea. Haiguse puhul, või kui laps on õhuvanni ajal väga rahutu, pärast õhuvanni aga loid või samuti liiga rahutu, loobutakse õhuvannist. Õhuvannide ajal rõivastati laps lahti, kusjuures suurematele lastele jäeti tuhvliid jalga. Vanni kestel jälgiti lapse käitumist, naha reaktsiooni ja jalgade soojust. Uurimisalusteks oli 29 last, vanusega 3 kuust kuni 3 aastani.

Lapsed alla ühe aasta olid õhuvanni ajal aktiivsed, nende liigutused elavnesid, nad mängisid kõrinatega ja emotsionaalne toonus oli kõrge, kuid osal lastest ilmnesisid pärast 16. minutit külmetamishäired ning tekkisid külmetuskahjustused hingamisteede katarride näol. Niisugustele lastele õhuvanne ei antud. 1—2-aastased lapsed talusid õhuvanne hästi kuni 30 minutit. Pikemaajaliste seansside puhul tekkis mõnel lapsel nohu.

2—3-aastased lapsed olid kuni 30 minutit rõõmsad, jooksisid ronisid, võimlesid ja mängisid ühismänge, pärast 30. minutit nõudsid riidesse panekut, kuid uute mängude alustamisega ootasid kuni 45. minutini. Suuremate laste karastamise tulemused olid paremad. Seda ei talunud ainult 11% lastest. Üldiselt ei esinenud kellelgi kõrgeenenud temperatuuri, isu oli hea ja kaaluiv normaalne.

Tehes kokkuvõtte tubaste õhuvannide tulemustest selgus, et alla ühe aasta lapsed talusid seda hästi kuni 15 minutit, üle ühe aasta 30 minutit ning kahe- kuni kolmeaastased talusid hästi 30—45-minutist alastiolekut. Arvestama peab ka seda, et uuritavateks olid düsenteeriat põdenud lapsed, kuigi õhuvannideks valiti terved ja normotroofikud. Nende andmete põhjal peab arvestama, et veelgi kestvamad õhuvannid võivad tekitada lastele kahjustusi külmetamise näol. Eriti peab ettevaatlik olema nõrgestatud organismi puhul, millal seansi kestust tuleks suurendada aeglaselt, ainult 1—2 minuti võrra.

Lastekollektiivides on tubaseid õhuvanne väga kerge organiseerida, ühtlasi koormab see personali väga vähe.

Kontrastseid jalavanne teostati hilissügisel ja talvel ülemiste hingamisteede katarride all kannatavatele lastele. Viidi läbi kokku 30 seansi, kusjuures protseduur toimus iga päev enne magamaminekut. Jalavannideks võeti kaks anumad, ühes anumas oli vee temperatuur $38-39^{\circ}$, milles hoiti jalgu 1—2 minutit, teises anumas oli temperatuur $35-37^{\circ}$, milles hoiti jalgu aga 30 sekundit. Iga kahe-kolme seansi järgi vähendati jahe-dama vee temperatuuri $1-2^{\circ}$ võrra kuni 22° . Vanni kestuseks oli 12 minu-tit. Lastele meeldisid jalavannid, ka oli neid tehniliselt kerge teostada. Kokkuvõttes aga jalavannidega eriti silmapaistvaid tulemusi ei saavu-tatud.

1957. a. suvel viidi läbi kaheksal 2—3 aastasel lapsel suplus aiabas-seinis. Umbes liivakasti suurune basseini tehti oma asutuse jõududega, milleks kulus ainult 4 kotti tsementi. Suplused viidi läbi päikesepaiste-listel ja tuulevaiksetel päevadel. Esimesel päeval lisati basseini sooja vett kuni vee temperatuur oli $+28^{\circ}$. Lapsed läksid esimest korda vette vastu-meelselt ja kartlikult. Basseinis lasti neil viibida 3 minutit. Veest äratu-leku käsule ei tahtnud osa lapsi alluda ja soovisid veel edasi supelda. Edaspidi vähendasime iga päev vee temperatuuri ühe kraadi võrra kuni $+24$ kraadini. Suplus kestis 3—5 minutit. Pärast suplust hõõruti lapsed rätikuga üle ning riietati ja jäeti aeda mängima. Suplused meeldisid las-tele väga ja nad soovisid alati kauem vees olla.

Käesoleva aasta sügistel hakati 2—3-aastasi lapsi karastama veega ülevalamiste teel. Selleks väljavalitud lapsed olid juba varem karastatud, tugevad, terved ja normotroofsed. Ülevalamine toimus enne päevast maga-mist vannitoas, mille temperatuur oli 20° . Laps asetati vanni ja valati veega üle harilikust kastekannust. Esimestel päevadel oli vee temperatuur $+35^{\circ}$; iga 3—4 päeva järele vähendati vee temperatuuri ühe kraadi võrra kuni $+28^{\circ}$. Pärast ülevalamist hõõruti lapsed kareda rätikuga üle ja pandi magama. Veega ülevalamised meeldisid lastele ja nad talusid seda hästi.

Vastavalt aastaajale rakendatakse Tartu I Väikelastekodus samaaeg-selt mitut karastamisviisi. Säärane kombineeritud karastamine annab üsna häid tulemusi. See on tähtsaks abinõuks laste tervisliku seisundi paranda-misel ja haigestumise ning suremuse vähendamisel. Kirjeldatud karasta-misi tuleks hakata laialdasemalt rakendama ka teistes Eesti NSV laste-asutustes.

Tervishoiupäevast Tõrva rajoonis

Tõrva rajoonis toimus esmakordselt tervishoiupäev 20. detsembril 1957. a., millest võtsid osa arstid ja keskharidusega meditsiinipersonal. Sellest võtsid osa ka kohalike nõukogude ja parteitöötajad ning ENSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap ja Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst H. Bochmann.

Pikema ettekandega rajooni tervishoiualasest tööst esines rajooni pea-arst A. Silland, kes tegi kokkuvõtte rajooni tervishoiutööst viimase 4 aasta jooksul. Sõnavõtja märkis rajooni tervishoiuvõrgu tunduvat suurenemist. 1958. a. avatakse rajoonis tuberkuloositõrje dispanser koos 20-kohalise statsionaariga, mis tunduvalt parandab rajooni tuberkuloosihagete tee-nindamist, 50-kohaline hooajaline laste suvesanatoorium ja üks velskri-ämmaemandapunkt. Rajoonis on viimastel aastatel tehtud kapitaalremonte suurte summade eest: ainult 1957. a. tehti rajoonis kapitaalremonte umbes 360 000 rbl. suuruses summas. Tunduvalt on paranenud rajooni tervis-hoiuasutuste varustatus.

Saavutuste kõrval esineb Tõrva rajooni tervishoiutöötajate töös veel terve rida kitsaskohti, mida pole võimalik parandada oma jõududega. Haigla ruumid on kitsad, puudub nõuetekohane pesuköök ja garaaž.

Kahjuks pole viisaastaku plaanis rajooni tervishoiuvõrgule kapitaal mahutusi ette nähtud. On vaja, et ENSV Tervishoiu Ministeerium näeks ette 1958. aastal meie haiglale pesuköögi ja garaaži ehitamise, sest praegu seisavad 4 kiirabimasinat lageda taeva all.

Sõnavõttudest selgus, et rajooni arstid ei pühenda küllalt tähelepanu sanitaarselgitustööle.

Pikema sõnavõetuga esines ENSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap, kes rääkis tervishoiutöö lähematest ülesannetest ja selle parandamise teedest.

Tõsisemaid etteheiteid tehti ENSV Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinilise Varustuse Valitsusele. Viimane ei varusta rajooni tervishoiuasutusi küllaldaselt mõnede pehme inventari artiklitega. Samuti ei rahulda autode kapitaalremont.

Tervishoiupäevast osavõtjad võtsid vastu otsuse tervishoiualase töö edasiseks parandamiseks rajoonis. Märgiti, et sarnane üritus oli rajoonis esmakordne, mille tõttu organisatsioonilises osas esines mõningaid puudusi. Näiteks oleks olnud vaja kutsuda tervishoiupäevale ka rajooni teiste asutuste juhatajad, kolhooside esimehed jt. Tervishoiupäevast oleksid pidanud osa võtma naaberrajoonide tervishoiuala juhtivad töötajad. Selline vastastikune kogemuste vahetamine on suureks kasuks edaspidisele tööle.

Otsuses kutsuti üles teisi rajooni järgnema Tõrva rajoonile tervishoiupäevade korraldamises, sest selliste päevade laialdane organiseerimine aitaks tunduvalt kaasa tervishoiualase töö parandamisele kogu vabariigis.

A. Silland

Tallinna Vabariikliku Haigla Õdede Nõukogu töökogemusi

A. Rungas

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Õdede Nõukogu alustas Tallinna Vabariiklikus Haiglas oma tegevust juba 1952. aastal. Algul oli Õdede Nõukogul vähe kogemusi ja töö selles jättis veel palju soovida.

Plaanikindlalt hakkas Õdede Nõukogu töötama 1954. aastal.

Õdede Nõukogusse valiti haigla õdede üldkoosolekul 9 liiget. Nõukogu kinnitati peale valimisi kohaliku ametiühingukomitee poolt. Õdede Nõukogusse valiti ainult keskharidusega meditsiiniõed, kes on vähemalt 2—3 aastat haiglas töötanud. Töö juhendajaks jäi haigla peaarst M. Smirnova.

See 9-liikmeline Õdede Nõukogu määrati tööle haigla peaarsti käskkirjaga. Käskkirjas jaotati ära ka õdede tööülesanded.

Õdede Nõukogul on kolm sektsiooni: ravi- ja profülaktikasektsioon, õppe- ja kvalifikatsioonisektsioon ja konfliktide lahendamise komisjon.

Õdede Nõukogu tööplaani on kinnitanud haigla peaarsti, ametiühingukomitee ja parteiorganisatsiooni poolt üheks aastaks.

Iga sektsioon koostab veel omakorda kvartali tööplaani. Õdede Nõukogu koosolekud toimuvad kord kuus.

Õdede Nõukogu peamiseks ülesanneteks on töökultuuri tõstmine elanikkonna ravi-profülaktilisel teenindamisel, ideelis-poliitilise taseme tõstmine ja keskharidusega ning noorema meditsiini kaadri töö kvaliteedi parandamine.

Õppe- ja kvalifikatsioonisektsioon on teinud palju tööd. Nii näiteks toimuvad haiglas juba palju aastaid kaks korda kuus keskharidusega ja nooremale meditsiini personalile praktilised teaduslikud konverentsid. Nendel konverentsidel esinevad mitmesugustel teemadel haigla arstid ja samuti ka õed.

Nii tegi ettekande ämmaemand A. Paju teemal «Psühhoprofülaktika tähtsusest sünnitusvalude tuimendamisel». Ämmaemand A. Mäeoks kõneles aga vastsündinute eest hoolitsemisest. Operatsioonitoa vanem-õde H. Pool käsitles haigete operatsiooniks ettevalmistamise küsimusi.

Igal konverentsil esitatakse harilikult 3—4 ettekannet. Meditsiiniõed tunnevad nende haigla ulatuses läbiviidavate konverentside vastu väga suurt huvi.

Varem viidi läbi osakondades igas kuus 3—4 konverentsi. Konverentsidel oli vähe osavõtjaid ja sageli jäid need pidamata. Haigla üldkonverentsidest võtavad aga õed osa väga arvukalt. Arstide juhendamisel koostatud õdede ettekanded on huvitavad ja sõnavõtud üsna elavad.

Varem ei korraldatud meil ühtegi haigla üldkonverentsi nooremale meditsiinipersonalile, mis aga oli suur viga ja andis töö juures tunda. Need konverentsid viidi läbi osakondades meditsiiniõdede poolt, kuid ei vastanud küllalt nõuetele ega olnud otstarbekohased.

Nüüd on näidanud Õdede Nõukogu töökogemused, et igakuised konverentsid kogu haigla ulatuses annavad väga häid tulemusi haigete teenindamise parandamisel.

Peale teoreetiliste konverentside oleme ka praktiliselt tegelenud toidu serveerimisega dieet-õe juhtimisel. Samuti tegelesime raskesti haigete pesu vahetamise, haigete kultuurilise teenindamise ja nende tualetiküsimustega.

Õdede konverentsidel esinevad ka paremad ja suurema tööstaažiga nooremad meditsiinitöötajad. Nii esines ettekandega I kirurgia osakonna sanitar L. Minajeva teemal «Kuidas ma töötan toidujagamise ruumis».

Ettekanded on olnud huvitavad ja sõnavõturohked.

Konverentsidel arutame ka distsipliiniküsimusi, töötame läbi kõik peaarsti käskkirjad ja tööprotsessis esinenud puudused.

Õdede Nõukogu tegeleb ka õppivate meditsiinitöötajate tööküsimustega. Töögraafiku koostamisel arvestatakse nende õppeaega koolis jne. Nii õpib edukalt töölisnoorte keskkoolis günekoloogiaosakonna sanitar E. Allo. Ta on aga ka haigla parimaid sanitare.

Õdede Nõukogu ergutusel tellib viimastel aastatel umbes 50% meie haigla õdedest omale meditsiinialaseid ajakirju. Ajakirjades leiduv materjal võimaldab meil korraldada huvitavaid arutlusi.

Õdede Nõukogu abiga on haiglas töötavate sanitaride hulgast ette valmistatud rida meditsiiniõdesid, nagu õed E. Vahtra, L. Lipasaar, L. Lintrop, A. Martin, O. Sadulsepp, Õ. Nõmm, M. Oja, L. Mitnits jt.

Suured ülesanded on ka ravi- ja profülaktikasektsioonil.

Õdede Nõukogu algatusel külastavad meie meditsiinitöötajad raskemalt haigestunud peale haiglast väljakirjutamist ka nende kodudes. Igas osakonnas kantakse need haiged, keda on vaja peale väljakirjutamist veel kodus jälgida, eri vihikusse. Loeme seda väga otstarbekaks. Nii näiteks külastasime kodus haiget, kellele oli haiglas tehtud kipsmähis. Siin selgus, et lahasest oli jalg tugevasti tursunud. Kipsmähise vahetamiseks tuli haige uuesti haiglasse viia. Oleme püüdnud hoolitseda ka nende haigete eest, kellel kodus ei ole hoolitsejat. Meil viibis mõni aeg tagasi kolmanda astme põletushaavadega ravil laps Kolja Vintsov. See patsient elab Kloogal. Õdede Nõukogu kaasabil toodi ta peale haiglast väljakirjutamist veel korduvalt arstlikule konsultatsioonile.

Säärased haigete külastamised kodus on eriti tähtsad juhtudel, kui haiged elavad üksinda.

Ravi- ja profülaktikasektsioon kontrollib ja abistab keskharidusega ja nooremalt meditsiinipersonali ka statsionaaris, naistenõuandlas ja polikliinikus. See töö toimub plaani järgi. Sektsioon juhendab noori töötajaid protseduuride tegemisel, sondeerimistel, raskesti haigete põetamisel jne.

Haigete põetamisel ja teenindamisel tehtud vead arutame ühiselt läbi konverentsidel, et neid edaspidises töös vältida. Meie haiglas esines

juhtumeid, kus õed, selle asemel, et haigele ise ravimit anda, jätsid selle haige kätte. Haiged aga kogusid neid ravimeid endale tagavaraks. Enesestmõistetavalt ei saavutatud sel juhul soovitud ravitulemusi. Selliseid juhtumeid praegu enam ei esine. Selle sektsiooni kaasabil oleme kaunistanud palateid lilledega ja püüdnud ka teiste abinõudega teha neid kodusemaks ja hubasemaks.

Õdede Nõukogu aitas kevadel muretseda puhast liiva mängukastidesse lasteosakonnas ravil olevate laste jaoks. Organiseerisime ka mänguasjade valmistamise. 1958. a. kevadel tahab Õdede Nõukogu teha lasteosakonna juures asetsevasse aeda lillepeenrad ja muretseda väikestele patsientidele lauakesed ning toolid.

Õdede Nõukogu kolmandaks sektsiooniks on konfliktide lahendamise komisjon. Sellele komisjonile esitavad oma avaldused osakondade juhatajad. Komisjon arutab need kolme päeva jooksul läbi, võtab vastu otsuse, või saadab otsuse protokolli haigla peaarstile, kui on tarvis süüdlast distsiplinaarselt karistada.

Tallinna Vabariikliku Haigla Õdede Nõukogu on aidanud oma töökojemuste varal organiseerida rajoonihaiglate Õdede Nõukogusid. Näiteks oleme aidanud Pärnu, Kingissepa, Jõhvi, Tapa ja Rakvere haiglaid. Hästi töötavad õdede nõukogud Pärnu, Kingissepa ja Jõhvi haiglates. Meil on pidev kontakt nende haiglate õdede nõukogudega.

Õdede nõukogu loomise küsimus ei taha kahjuks kuidagi laheneda Kohtla-Järve haiglas. Loodame, et 1958. a. jooksul suudame aidata Kohtla-Järve haiglat õdede nõukogu loomisel.

Oleks soovitav, et kõikide vabariigi õdede nõukogude esimehed tuleksid vähemalt kord aastas kokku, et ühiselt arutada oma töökogemusi ja neist õppida.

Keskharidusega meditsiinipersonali ettevalmistamisest

K. Vipper,

Viljandi Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli direktor

Võrreldes kodanliku ajaga on meditsiinitöötajate arv Eesti NSV-s nõukogude võimu aastail suurenenud mitmekordselt. Eriti kiiresti on kasvanud keskharidusega meditsiinitöötajate arv. Tänapäeval töötab meie vabariigis üle 6000 meditsiiniõe, velskri, laborandi, ämmaemanda jt. Vajalikke teadmisi ja oskusi elanikkonna meditsiinalaseks teenindamiseks ja profülaktilisteks menetlusteks omandavad need töötajad meditsiinilistes keskkoolides.

Kodanlikus Eestis lõpetas õdede kooli aastas ainult mõnikümmend meditsiiniõde. Viimastel aastatel aga lõpetab meie vabariigis meditsiinilise keskkooli igal aastal umbes 600 keskharidusega meditsiinitöötajat. See arv ei ole suur, kui arvestada loomulikku väljalangemist ja asjaolu, et praegu on veel palju keskharidusega meditsiinitöötajate kohti täidetud kohakaasluse alusel.

Eriti suur puudus oli meie vabariigis keskharidusega meditsiinitöötajatest pärast Nõukogude Eesti vabastamist saksa okupatsioonist. Sellepärast rajati Eesti NSV-s 1944. a. keskharidusega meditsiinitöötajate ettevalmistamiseks meditsiiniline keskkool Tallinnas ja Tartus, 1945. a. Viljandis ja hiljem ka Rakveres ning Kohtla-Järvel.

Uutel meditsiinilistel keskkoolidel oli algul õppetöö organiseerimisega raskusi, kuna puudusid oma ruumid, näitlikud õppevahendid ja vilunud õpetajate kaader, eriti meditsiinilistes ainetes. Need puudused on tänapäeval enamikus likvideeritud ja koolid suudavad iga aastaga üha rohkem õpilasi vastu võtta. Nii näiteks töötab Viljandi Vabariiklik Meditsiiniline Keskkool 1951. a. alates oma nõuetele vastavas koolimajas. Õppetöö toimub õppekabinettide süsteemis (anatomia- ja füsioloogiakabinettid toimuvad anatomia- ja füsioloogia kabinetis, kirurgia- ja günekoloogiakabinettid kirurgia- ja günekoloogiakabinetis jne.). Samuti kasutavad õpilased tundide ettevalmistamiseks õppekabinettide rikkalikku õppevahendite kogu. Kool omab ka 125 voodikohaga ühiselamu. Kitsaks aga jääb praktikumide läbi viimise baas, sest Viljandi haigla voodite arv on väike.

Tartu Vabariiklikul Meditsiinilisel Keskkoolil on kasutada kaks teineteisest eemalasuvat hoonet, mis ei luba õppetööd läbi viia õppekabinettide süsteemis. Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli praktikumide baas on üle koormatud, sest seda kasutavad ka arstiteaduskonna üliõpilased.

Halvem on olukord Tallinna Vabariiklikus Meditsiinilises Keskkoolis, kus õppetöö toimub üldhariduslikus keskkoolis õhtuti kolmandas vahetuses, mille tõttu õppekabinettide süsteemi ja näitlike õppevahendite kasutamine on ka siin raske. Ühiselamu on ainult 75 inimesele.

Rakvere Vabariiklik Meditsiiniline Keskkool kui kõige väiksem ja nõrga materiaalse baasiga kool likvideeriti 1957. a. kevadel.

Lähemas tulevikus on kavatsus likvideerida ka venekeelse õppekeelega Kohtla-Järve Vabariiklik Meditsiiniline Keskkool.

Peatugem lähemalt ka Viljandi Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli õppe- ja kasvatustööl. Kool valmistab ette velskreid kolmeaastase õppekursusega (7 klassi lõpetanutele) ja kaheaastase õppekursusega (keskkooli lõpetanutele). 1958. a. alates võetakse kooli vastu ainult keskkooli lõpetanuid, mis tagab kvaliteetsema keskharidusega meditsiinitöötajate kaadri.

Õppe- ja kasvatustöö on Viljandi Vabariiklikus Meditsiinilises Kesk-koolis teineteisega lahutamatu seotud. Õpilastele antakse meditsiiniala-sed teadmised teoreetilistes tundides vastavates õppekabinettides, prakti-lised oskused ja kogemused aga Viljandi haigla osakondades, polikliinikus ja teistes raviasutustes. Meditsiinitöötajate kutse-eetika ja kommunistliku maailmavaate kujundamine toimub pidevalt õppe- ja kasvatustöö prot-sessis.

Eriti rõhutatakse klassijuhatajate tundides, vastavasisulistes loengu-tes ja kirjanduslikel konverentsidel meditsiiniala töötaja kõlbeliste joon-tena ausust, kohusetunnet ja sotsialistlikku humanismi. Kommunistliku kasvatuse ühe koostisosana on õppeprogrammis õpilaste füüsiline arenda-mine kehalise kasvatuse tundides, spordiringides, VTK-normide täitmise ja kergejõustikuvõistluste ning spartakiaadidega meditsiiniliste koolide vahel.

Õppe- ja kasvatustöö taset on tõstnud pedagoogiline nõukogu, ainete tsüklikomisjonid, klassijuhatajate pidev metoodiline töö jne. Näiteks on peetud õppenõukogus rida referaate selle kohta, kuidas õpetajad seovad oma ainet I. P. Pavlovi õpetusega anatoomia, füsioloogia, sisehaiguste ja kirurgia õpetamisel.

Koolis töötavad erimeditseeniliste, üldmeditsiiniliste ja üldhariduslike ainete tsüklikomisjonid. Nendel koosolekutel on arutatud mitmete sugu-lasainete, nagu anatoomia, füsioloogia, patoloogia ja farmakoloogia ladina-, vene- ja eestikeelse terminoloogia ühtlustamist. Samuti organiseerivad tsüklikomisjonide ja kabinettide juhatajad raskesti saadaolevate õppe-vahendite valmistamist õpilaste abiga. Tsüklikomisjonid on kujunenud tõelisteks metoodilise töö juhendajateks. Õpetajate pedagoogilist vilumust on aidanud tõsta kogemuste vahetamine ja lahtiste tundide külastamine, kus omandatakse parimate õpetajate töövõtteid. Klassijuhatajate metoo-dilistel nõupidamistel on klassijuhatajad — arstid, kel varem puudusid pedagoogilised teadmised ja oskused, tutvunud pedagoogiliste teadmiste miinimumiga. Neil nõupidamistel on arutatud kommunistlike noorte töö küsimusi, õpilastele peetavaid poliitilisi vestlusi, ühiskondliku ja klassi-välise töö küsimusi.

Klassi- ja kooliväline töö on tähtis vahend õpilaste kommunistlikul kasvatamisel. Koolis töötavad patoloogia, haigepõetamise, eesti keele ja kirjanduse, vene keele ja kirjanduse, spordi ja kunstilise isetegevuse rin-gid, Punase Risti ja ALMAVÜ organisatsioonid. Peale ringide ja organi-satsioonide töö on korraldatud kultuuriõhtuid tähtsate poliitiliste täht-päevade puhul ja populaarteaduslikel teemadel.

Tähtsat osa klassi- ja koolivälise töö organiseerimisel etendab kooli kommunistlike noorte ja ametiühingu organisatsioon, kes on ka peamis-teks kultuuriürituste algatajateks ja korraldajateks.

Ideelis-poliitilise kasvatustöö keskseks organiks koolis on kommu-nistlike noorte algorganisatsioon, sest nõukogude kool ei saa edukalt lahen-dada kommunistliku kasvatuse ülesandeid ilma tugeva komsomoliorgani-satsioonita.

Töökogemuste vahetamiseks meditsiiniliste keskkoolide vahel toimu-vad iga-aastased metoodilised nõupidamised referaatide ja lahtiste tundi-dega. Neil nõupidamistel tuuakse esile ka kõik puudused õppe- ja kas-vatustöös.

Produktiivset tööd klassis takistab vastavate eestikeelsete õpikute puudumine. Puuduseks on üldhariduslike ainete õpikute mittevastavus programmidele. Põhikohaga arstide-pedagoogide vähesus kõigis meditsii-nilistes keskkoolides on märgatavaks puuduseks õpilaste kasvatustöö ja klassivälise töö organiseerimisel.

Õpetajate kaadri ideelis-poliitiline ja erialane täiendamine jätab soovida, sest see toimub peamiselt iseõppimise ja loengute kuulamise teel. Oleks tarvis suunata põhikohaga arste-õpetajaid vastavatele täiendus-

kursustele Leningradi Arstide Täiendusinstituuti ja korraldada vabariigi ulatuses konverentse nii pedagoogilistes kui erialastes küsimustes.

Edaspidi, kui meditsiinilistesse koolidesse võetakse vastu ainult kesk-kooli lõpetanuid, oleks otstarbekohane korraldada õppetöö loengute süs-teemis neile järgnevate seminaridega, mis soodustab õppeainetes süve-nemist ja nende põhjalikumat omandamist. Tarvis on parandada õppe-praktikumide kvaliteeti ning arutada neid küsimusi pidevalt tsüklikomis-jonides ja pedagoogikanõukogude koosolekutel. Õpilastele tuleb tagada kõikidel praktikumidel manipulatsioonide iseseisev läbiviimine ja oman-damine, mistõttu mõnes aines on tarvis praktikumi tundide arvu suuren-dada. Õppepraktika läbiviimiseks tuleks NSV Liidu Tervishoiu Ministee-riumil koostada metoodilised juhendid. Eesti NSV Tervishoiu Ministee-riumil tuleks ka plaanikindlalt korraldada paremate venekeelsete õpikute tõlkimist eesti keelde, et lähemate aastate jooksul saaksid õpilased kõiki-des ainetes kasutada eestikeelseid õpikuid.

Arvestades asjaolu, et üldhariduslike koolide lõpetajatel ei ole alg-teadmisi ladina keeles, tuleks meditsiinilistes keskkoolides senise ühe semestri asemel ladina keelt õpetada kogu õppeaja kestel, sest ladina-keelne terminoloogia esineb ulatuslikult kõigis meditsiinilistes õppeainetes ja hiljem tuleb seda meditsiinilises praktikas sageli tarvis.

Tuleks kaaluda ka üldharidusliku keskkooli lõpetanud velskrite õppe-aja pikendamist kolmele aastale, kuna meditsiiniõdede ettevalmistamiseks võiks jääda kaheaastane õppekursus.

Praegu suunatakse meditsiinilise keskkooli lõpetanud velskrid ena-masti tööle meditsiiniõdede kohtadele. Velskrite õppeprogramm annab aga puuduliku ettevalmistuse haigete põetamises, sest pearõhk on pandud iseseisvale diagnoosimisele ja ravile. Seepärast tuleks velskrite õppeplaa-nis suurendada haigete põetamise tundide arvu.

Meditsiinilistes keskkoolides on tarvis vastavalt NSV Liidu Tervis-hoiu ministri käskkirjale nr. 98, 31. mail 1954. a. komplekteerida erime-ditsiiniliste ainete õpetajate kohad koolis põhitöökohaga töötavate arsti-dega.

Tuleb taotleda meil toodetavate näitlike õppevahendite kvaliteedi parandamist. Üldse on vaja koolidel endil senisest rohkem organiseerida õppevahendite ja tabelite valmistamist õpilaste abiga.

Ebarahuldav on meie vabariigis olukord keskharidusega meditsiini-kaadri kvalifikatsiooni tõstmisel. Praegu töötavad vanemad velskrid, ämmaemandad ja meditsiiniõded ei ole enamikus kusagil täienduskursus-tel käinud. Eriti vajaksid enesetäiendamist maarajoonide velskri-ämma-emandapunktide töötajad. Neid võiks suunata suurematesse rajoonihaig-latesse ja ka vabariiklikesse haiglatesse.

Erialaseid teadmisi saaks osaliselt täiendada ka keskharidusega meditsiinitöötajate teaduslikes seltsides. Viljandis korraldab see selts plaanikindlalt keskharidusega meditsiinitöötajate teaduslikke konverentse, kus võib kuulda ettekandeid raviküsimustest, haigete põetamisest, meditsiinitöötaja moraalsest palgest, uuematest saavutustest arstiteaduses ja mitmesugustel kliinilistel teemadel.

Samal eesmärgil korraldatakse ka üldrajoonilisi tervishoiutöötajate konverentse.

Endisest suuremat tähelepanu tuleb pöörata keskharidusega meditsiini-töötajate ideelis-poliitilisele täiendamisele iseõppimise või õpperingi-dest osavõtmise teel.

Ainult see keskharidusega meditsiinitöötaja, kes on saanud koolis hea ettevalmistuse ja hiljem pidevalt end täiendab nii oma erialal kui ka poliitiliselt, on suuteline täitma temale usaldatud vastutusrikkaid üles-andeid kommunismi ehitava rahva tervise kaitsel.

О подготовке кадров среднего медицинского персонала в Эстонской ССР

К. Виппер

Резюме

После освобождения территории Эстонской ССР от немецко-фашистской оккупации в республике были организованы пять медицинских училищ. В настоящее время подготовка средних медицинских кадров производится в городах Таллине, Тарту, Вильянди и Кохтла-Ярве с ежегодным выпуском около 600 учащихся. Отвечающее требованиям свое школьное помещение с большим общежитием имеет только Вильяндское медицинское училище, где занятия проводятся строго по системе учебных кабинетов, хорошо оборудованных наглядными пособиями. В этом училище особое внимание уделяется вопросам методики учебно-воспитательной работы. Основным недостатком всех училищ является малое количество штатных врачей преподавателей, что плохо отражается на организации воспитательной и внеклассной работы.

В связи с переходом на прием в медицинские училища учащихся только со средним образованием, было бы целесообразно перейти на лекционную систему обучения с последующими семинарскими занятиями. Латинскому языку учащиеся должны обучаться вместо одного семестра в течение всего периода учебы, поскольку латинский язык в средних школах не преподается. Надо серьезно подумать об удлинении срока обучения фельдшеров до трех лет вместо двух для лиц с законченным средним образованием. В республике неудовлетворительно поставлен вопрос о повышении квалификации среднего медицинского персонала, особенно давно окончивших медицинские училища.

Sanitaaraharidustöö ülesannetest tänapäeval

M. Raig,

Vabariikliku Sanitaarahariduse Maja peaarst

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XX kongress püstitas tervishoiuorganitele ülesande süvendada veelgi oma profülaktilist tegevust ja parandada elanikkonna meditsiinalast teenindamist.

Seoses sellega on tunduvalt kasvanud sanitaaraharidustöö tähtsus, mis peab mobiliseerima laiu rahvahulki asustatud alade heakorrastamisele, hügieeninõuete täitmisele, tervete laste kasvatamisele, võitlusele elanikkonna tervise tugevdamise ja haigestumuse vähendamise eest.

Sanitaaraharidustöö on elanikkonna sanitaarkultuuri taseme tõstmise ja aktiivse profülaktika võimsamaid vahendeid. Ta pole mitte üksnes nõukogude tervishoiu lahutamatu koostisosa, vaid ka elanikkonna kommunistliku kasvatamise ja kogu kultuuri- ja kasvatustöö oluliseks osaks.

Esrindlikud meditsiinitöötajad rakendavad sanitaaraharidustööd oma igapäevases tegevuses laialdaselt. Vaatamata sellele ei ole sanitaaraharidustöö veel küllalt massiline ja sellest ei võta veel osa kõik meditsiinitöötajad. Eriti nõrgalt teevad sanitaaraharidustööd teaduslike instituutide töötajad.

Vähe rakendatakse elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmiseks tervishoiuaktiivi ja Punase Risti Seltsi aktiviste.

Meie peamiseks ülesandeks sanitaaraharidustöö alal on muuta see töö massilisemaks, sihikindlamaks ning sisukamaks.

Selleks tuleb senisest rohkem ja paremini kasutada siisuguseid võimsaid propagandavahendeid, nagu kino, raadio, ajakirjandus. Rajooni- ja linnatervishoiuosakondade juhatajad, sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstid ja haiglate sanitaar-epidemioloogia osakondade juhatajad peavad tegema kõik, et igas rajoonis ja linnas süstemaatiliselt demonstreeritaks sanitaaraharidusalaseid filme, et toimuksid vastavad raadioloengud kohaliku raadiosõlme kaudu ja et kohalikus ajalehes perioodiliselt ilmuks tervishoiualaseid artikleid.

Peale massilise sanitaaraharidustöö omab suurt tähtsust elanikkonna eri gruppide hügieenialane kasvatamine. Selleks tuleb silmas pidada, et kõik toiduainetetööstuse, kaubandusvõrgu ja kommunaalala töötajate nõutavad kontingendid oleksid läbi teinud sanitaarmiinimumi kursused. Erilist tähelepanu tuleb pöörata sanitaaraharidustööle koolis ja tagada õpilaste hügieenialane kasvatamine.

Maa-elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmisel on väga suur tähtsus hügieeni õpetamisel põllumajanduskoolides, kolhooside esimeeste, brigadiride ja masina-traktorijaamade mehhanisaatorite kursustel. Sanitaaraharidustööks maa-elanikkonna hulgas pole seni vajalikul määral kasutatud rahvamaju. Ometi saaks nende baasil korraldada huvitavaid sanitaaraharidusalaseid loenguid, demonstreerida vastavaid filme, organiseerida näitusi tervishoiualastel teemadel jms.

Seoses laste haigestumuse ja suremuse järsu vähendamise ülesandega, tuleb veelgi laiendada sanitaaraharidustööd nende tervise kaitse küsimustes. Nagu on näidanud Tartu Lastehaigla polikliinilise osakonna poolt organiseeritud emade küsitlemine, ei ole emad laste tervishoiu küsimustes kuigi teadlikud. Eriti vähe teavad nad nakkushaiguste vältimise ja laste ratsionaalse toilitamise küsimusest. Emade teadlikkuse tõstmiseks varajalise lapse kasvatamise, toitmise ja hooldamise küsimustes on väga ots-

tarbekas kaugõppemeetod. Seda on juba pikemat aega harrastanud Tartu Kliiniline Lastehaigla. Säärase töö tagajärjel on emade teadlikkus laste tervishoiu küsimustes märksa paranenud. Kaugõppemeetodi rakendamiseks viib Tartu Lastehaigla patronaazõde vastsündinu patroneerimisel emale koju kätte Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja poolt välja antud brošüüri «Varaealise lapse tervishoid» ning palub järgmise külastuse ajaks emal raamatust selgeks õppida teatud peatüki. Järgneval külastusel kontrollib õde ema teadmisi ja hindab neid. Sel viisil töötab ema lapse kuuekuuseks saamiseni läbi kogu brošüüri ja omandab vajalikud teadmised varaealise lapse tervishoiu ning hooldamise alal.

Üldise ja professionaalse haigestumuse vähendamiseks tuleb parandada sanitaarharidustööd eriti tööliste hulgas. Erilist tähelepanu on vaja pöörata tööliste sanitaartehtnilisele instrueerimisele ja tööhügieeni küsimustele tööliste tööalase kvalifikatsiooni tõstmise kursustel.

Eriti aga tuleb tõhustada sanitaarharidustööd dispanseeritud elanikkonna gruppidega. Siin võib palju kaasa aidata Punase Risti sanitaaraktiiv. Kogemused on näidanud, et seal, kus sanitaaraktiiv töötab hästi ja kus arendatakse elanikkonna isetegevust tervise kaitsmise alal, seal väheneb ka haigestumus ja paraneb sanitaarne olukord. Samuti täidetakse seal paremini arsti korraldusi, pöörduakse õigeaegselt arsti poole ja väheneb traumatism. Sanitaaraktiivi saab kasutada ka sanitaarharidustöös, näiteks võib aktiviste rakendada sanitaarharidusalase kirjanduse levitamiseks elanikkonna hulgas, kuulajaskonna kutsumiseks sanitaarhariduslikkudele loengutele jne.

Eriti palju on tarvis teha näitliku sanitaarharidusalase propaganda parandamiseks.

Meie tervishoiuasutustes ripuvad sageli kaua aega plakatid ja sanitaarhariduslike näituste väljapanekud vaatamata sellele, kas nad on antud perioodil aktuaalsed või mitte. Peab aga ütlema, et ainult oskuslikult eksponeeritud ja ajakohased näitlikud materjalid äratavad tähelepanu. Selliseid materjale kasutatakse aga üldiselt vähe, kuigi sanitaarhariduse majades (Tartus ja Tallinnas) on neid rohkesti.

Kõik puudused sanitaarharidustöös on eelkõige tingitud sellest, et rajooni- ja linnatervishoiuosakonnad ning ravi- ja profülaktikaasutuste juhtkonnad ei osuta sanitaarharidustööle vajalikku tähelepanu.

Sanitaarharidustöö peab muutuma iga arsti, velskri ja meditsiiniõe igapäevase töö lahutamatuks osaks. Tervishoiuorganite juhtkond peab näitama eeskuju aktiivse osavõtuga sanitaarharidustööst, pidades loenguid, esinedes raadios, kirjutades artikleid ajakirjandusele jne. Iga meditsiinitöötaja kohuseks on teha sanitaarhariduslikku propagandat, selgitada töötajale profülaktika ülisuurt tähtsust, õpetada inimesi hoidma oma tervist ning tegelema kehakultuuri ja spordiga. Selle ülesande edukaks täitmiseks peab iga meditsiinitöötaja tõstma nõudlikkust eelkõige iseenda suhtes.

Muljeid akušöör-günekoloogide X üleliiduliselt kongressilt

11. kuni 18. detsembrini 1957. a. toimus Moskvas X üleliiduline akušöör-günekoloogide kongress, millest võttis osa kaugelt üle tuhande isiku. Kuigi kongress toimus Nõukogude Maja monumentaalses sammassaalis, kippus see rohke osavõtu tõttu kitsaks jääma. Eesti NSV oli esindatud 11-ne delegaadiga Tallinnast, Tartust, Pärnust ja Narvast.

Kongressi tööst võttis aktiivselt osa ka ligi 120 delegaati 19-st välisriigist, nagu Hiinast, Prantsusmaalt, Tšehhoslovakkias, Saksa Demokraatlikust Vabariigist, Jugoslaaviast, Türgist, Iraanist, Indiast, Belgiast, Šveitsist, Rumeeniast, Bulgaariast, Ungarist, Ameerikast jm. Professor Li-Si-Tše Phönjanist ja dotsent Georgiu Bukarestist väitsid täiesti õigustatult, et antud kongressi võiks osavõtjate koosseisu tõttu pidada rahvusvaheliseks.

Huvitav on siinkohal märkida, et välismaade esindajad olid, peale paari erandi, mehed, kusjuures nad oma tervituskõnedes avaldasid rõõmsat imetust selle üle, et NSV Liidust on kongressil nii palju naiskolleege, alates arstist kuni professorini.

Kongressi ettevalmistamiseks oli korraldav komisjon teinud kolossaalse töö. Esimese hea mulje jättis delegaatidele hästi organiseeritud ja väga korrektne vastuvõtt ning nende eest hoolitsemine, millega ka külalised välismaalt väga rahule jäid.

Kongressi avas NSV Liidu tervishoiu minister M. Kovrigina, kes andis ülevaate Nõukogude Liidu saavutustest sünnitusabi ja günekoloogia alal. Kongressi presiidium, kuhu kuulus ka ENSV tervishoiu minister, valiti eesti delegaatidest I. Veerma Tartust ja Skorokodumski Narvast.

Kongressi päevakorras olid järgmised küsimused:

1. Sünnitustrauamad, loote ja vastsündinu asfüksia, selle profülaktika ja teraapia.

2. Funktsionaalsed günekoloogilised verejooksud.

3. Põletikulised günekoloogilised haigestumised, nende profülaktika ja teraapia.

4. Naise suguelundite vähk.

Et eelmine kongress toimus 22 aastat tagasi, siis oli selle aja vältel kogunenud väga palju vaieldavaid ja lahendamata probleeme, mis vajasisid selgitamist. Sellest tingituna esitati korraldavale komiteele 159 ettekannet kokku 213-lt autorilt. Nendest võeti kongressi kavasse 119 ettekannet 160-lt autorilt, ülejäänud ei mahtunud päevakorda, kuigi need kiideti heaks ja avaldati teesidena.

Kui sammassaal kippus kitsaks jääma osavõtjate mahutamisel, siis kippus ka aeg olema lühike kõikide ettekannete kuulamiseks. 103-le sõnavõtjale anti aega igale ühele ainult 10 minutit, 16-le põhiettekandele aga 20 minutit kuni 1 tund. Kui sellele lisada rohkearvulised ettekanded välismaa esindajailt, siis oli kongressi päevakord liiga ülekoormatud.

Sisulist külge me siin ei puuduta, sest ettekanded ilmuvad kõik trükitult. Märjaks ainult, et kõik ettekanded olid huvitavad ja puudutasid aktuaalseid probleeme. Ebaõnnestunuks tuleb aga lugeda 10-minutist ettekande aega, sest enamik referente ületas aja ja kongressi juhataja oli sunnitud neid sageli katkestama, mille tõttu mõned ettekanded jäid puudulikuks. Üldse kulges nende esitamine lausa kaleidoskoobiliselt.

Ettekannetega esinesid ka meie naabervabariigid — Läti ja Leedu. Kahjuks ei olnud Eesti NSV poolt organiseeritud ühtegi ettekannet, mida tuleb lugeda puuduseks Tallinna Akušöör-Günekoloogide Teadusliku Arstide Seltsi juhatuse töös.

Väga õnnestunud oli kongressi teoreetilise osaga paralleelselt korraldatud näitus, kus esitati mitmesuguseid arstiriistu, aparate, diagramme jne. Viimaste hulgas oli Tartu Kliinilise Haigla Sünnitusmaja hästi ja maitsekalt koostatud album.

Teise huvitava üritusena demonstreeriti kinofilme seletustega anatoomia, füsioloogia ja patoloogia alalt ning veresoonte ja südamehaiguste kujunemisest (infarkt-arterioskleroos). Nende filmide vastu peaksid huvi tundma ka meie sanitaarharidusmaja.

Pean aga jälle märkima, et nii näitust kui ka filme sai aja puudusel jälgida ainult linnulennult.

On arusaadav, et sellisele delegaatide hulgale ei saanud komisjon korraldada ekskursioone kliinikutesse jm., kuigi see oleks olnud väga kasulik. Nende ridade kirjutajal õnnestus vabal pühapäeval tutvuda V. F. Snegirjovi nimelise Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudiga selle asutuse teadusliku kaastöölise kutsel. Sinna oli omal algatusel tee leidnud ka Armeenia delegatsioon. Meid võeti vastu haruldase lahkusega ning tutvustati kliinilise sisseseade ja metoodilise ning organisatsioonilise tööga. Eriti viimane oli sedavõrd otstarbekohane, et meil tuleks sellest eeskuju võtta. Ühtlasi demonstreeriti meile sünnitusabi vaakuumaparaadi kasutamist, mis on nii ideaalne, et iga sünnitusabi arsti, kui ka iga sünnitaja tungiv soov meie Tervishoiu Ministeeriumile on, et vähemalt meie suuremad sünnitusmajad varustataks nendega. Siinkohal tuleb ühineda professor Anissimovi ja teiste poolt kongressil avaldatud arvamusega, et meie sünnitusabi on maha jäänud kaasaegsest teadusest, meil on vähe spetsiaalseid aparate ja instrumente.

Päevakorras seisnud probleeme arutati väga elavalt ja sõnavõtte oli rohkesti. Asjalikult kaitsesid autorid omi seisukohti, samuti põhjendatult ja terava kriitikaga näidati ära puudused põhilisi küsimusi käsitlevates ettekannetes. Peamised sõnavõtjad olid professorid ja teaduslikud töötajad, kelle arvamused aga olid tähtsamates probleemides kahjuks sageli lahkuminevad ja üksteisele vastukäivad. Võib-olla oligi osaliselt sellest tingitud niisugune olukord, et praktilised arstid hoidusid kaasa rääkimast.

Kokkuvõttes jäi mulje, et nõukogude arstid töötavad sügava andumusega omal alal, püüdes lahendada ka neid probleeme, mis on veel seni vaieldavad. Kongressil võis näha tugevat teadlaste kaadrit, kes suudab nõukogude arstiteadust arendada.

X kongress kujunes üleliiduliseks suursündmuseks sünnitusabi ja günekoloogia alal.

K. Söö t

Eesti NSV viies vabariiklik pediatrite konverents

26. ja 27. detsembril 1957. a. toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi korraldusel viies vabariiklik teaduslik-praktiline pediatrite konverents. Konverentsi tööst võttis osa ligi kakssada inimest; linnade ja rajoonide lastearstid, sanitaar-epidemioloogia asutuste arstid ja Tervishoiu Ministeeriumi juhtivad töötajad.

Konverentsil kuulati ära Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Emade ja Laste Ravi- ja Profülaktikaalase Abi Osakonna ülema L. Lavrova ettekanne laste ravi- ja profülaktikaalase abi olukorrast Eesti NSV-s ning abinõudest selle edaspidiseks parandamiseks. Peale selle esitati 13 ettekannet ja 6 kaasettekannet laste ravi- ja profülaktikaalasest teenindamisest.

Ettekannetes ja sõnavõttudes viidati märkimisväärsetele saavutustele laste meditsiinalasel teenindamisel viimase kümne aasta jooksul. Sel perioodil alanes tunduvalt laste haigestumus, kusjuures suremus vähenes peaaegu kolm korda. Paranesid laste ravi- ja profülaktikaalase teenindamise kvaliteedi põhilised näitajad. Võrreldes 1940. aastaga suurenes mitmekordseks kohtade arv lastesõimedes ning voodite arv lastehaiglates ja üldhaiglate laste-osakondades. Tunduvalt paranesid ka lasteasutustes asuvate laste füüsilise arengu näitajad.

Suuresnes lastearstide arv. Vabariigis töötab praegu 260 pediaatrit, kelledest 60 isikut on käinud kolme viimase aasta jooksul kvalifikatsiooni tõstmise kursustel.

Laste ravi- ja profülaktikaalasel teenindamisel leidub aga veel tõsiseid puudusi. Lubamatult kõrge on sega- ja kunstlikul toidul olevate kuni kolme kuu vanuste laste arv — 20,8%, kusjuures üleliiduline keskmine näitaja on 12,4%. Kõrgeks jääb ka polikliinikutes avastatud mõningaid ägedaid nakkushaigusi põdevate laste protsent. Lastehaiglate ja linna- ning rajoonihaiglate lasteosakondade varustatus, samuti nende diagnostiline ja ravitöö jääb veel maha kaasaegsetest arstiteaduse saavutustest. Pediaatrilise töö põhimiseks näitajaks on laste suremuse tase. Kui 1956. a. kuni ühe aasta vanuste laste suremus oli 4%, siis omab see 1957. aastal kasvutendentsi. Sealjuures on laste suremus Tartus ja Pärnus märgatavalt madalam kui Tallinnas, kus see ületab tunduvalt vabariigi keskmise näitaja.

Nõukogude tervishoiu alus — profülaktika peab alguse saama juba sünnitusmajas. Mida rohkem osutatakse tähelepanu väikelapse füüsilisele kasvatamisele ja tema õigele toitmisele, seda vähem tööd on ravival arstil.

Konverentsil esines ettekandega väikelaste ratsionaalsest toidustamisest NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor A. Tur.

Oma ettekandes rõhutas ta, et pediaatrid tegelevad veel vähe dieetetikaküsimustega. Menüü koostatakse lasteasutustes sageli läbimõtlematult, arvestamata lapse vanust ja seisundit.

Ratsionaalne dieetika on lastehaiguste kompleksse teraapia tähtsaks koostisosaks. Eriti suur on selle osatähtsus võitluses imikute mao- ja sooltehaigustega.

Lastenõuandlate ülesandeks ei ole ainuüksi emade konsulteerimine laste toitlustamise küsimustes. Patronaazõed peavad kodude külastamisel õpetama emadele ka praktiliselt lapsele toidu valmistamist; selleks on aga tarvis, et nõuandla patronaazõed oskaksid neid toite ise valmistada.

Meil laieneb piima kuivproduktide ja lastekonservide valmistamine. Need tagavad toidu puhtuse ja steriilsuse ning kergendavad võitlust väikelaste mao- ja sooltehaigustega. Kahjuks ei ole need produktid aga veel kuigi populaarsed meie pediaatrite hulgas.

Laste ratsionaalse toitlustamise alal on meil tähtsaimaks ülesandeks rinnaga toitmise laialdane propageerimine. Emade- ja lastekaitseadused kindlustavad ka töötavale naisele kõik võimalused laste imetamiseks kuni ühe aasta vanuseni.

Naistenõuandlate arstid ja õed peavad süstemaatiliselt jälgima laste õiget toitmist. Emadele tuleb igati selgitada, et ainult emapiim rahuldab kasvava organismi kõiki füsioloogilisi vajadusi, et ainult rinnapiim aitab vältida hüpotroofiat ja rahhiiti ning kaitsta last veel paljude teiste haiguste eest.

Kahjuks ei propageerita meil veel rinnaga toitmist küllaldaselt lastehaiglates, haiglate lasteosakondades ja naistenõuandlates.

Laste suremuse üheks peamiseks põhjuseks on seni olnud kopsupõletik. Tähtsaks tingimuseks selle ravimisel on võitlus haiguse tekitajatega antibiootikumide ja sulfaniilamiidide abil. Kogemused aga näitavad, et kopsupõletiku ravi ei sõltu ainuüksi ühtede või teiste ravimite kasutamisest. Mitte vähema tähtsusega ei ole võitlus hingamise puudulikkusega,

mis on kopsupõletikule iseloomustav. Haiguse kompleksseks ravimiseks tuleb laialdaselt rakendada aeroteraapiat. Kopsupõletiku profülaktikas omab suurt tähtsust lapse organismi karastamine.

Konverentsil äratas suurt huvi lastereuma küsimus. Ettekannetest nähtus, et reumat ei põe meil mitte ainult kooliõpilased, vaid ka eelkooliealised lapsed. Tuleb rakendada kõik abinõud reumasse haigestumise vältimiseks; peame vältima akuutseid haigusjuhte, põdenutel on aga tarvis vältida haigushoogude kordumist, mis kulgevad harilikult raskete tüsistustega. Jaoskonna pediaater ei tohi üle anda reumahaigete laste ravi reumatoloogilistele kabinetidele, sest viimased täidavad ainult metoodilisi funktsioone.

Konverentsil kuulati ka ettekandeid laste kasvatamise, karastamise ja režiimi küsimustes. Pediaatrid peavad neile pöörama erilist tähelepanu, sest lastearst peab olema ühtlasi ka pedagoog.

Konverentsil märgiti, et mõnedes linnades ja rajoonides esineb lastearstide kaadri suur liikuvus, mis mõjub negatiivselt laste teenindamise kvaliteedile.

Tervishoiuorganid ning ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad on kohustatud senisest rohkem tegelema lastearstide ja keskharidusega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmise küsimustega. Ühtlasi tuleb kõigiti parandada nende töö- ja elutingimusi. Samuti on vaja laialdasemalt populariseerida pediatría-alaseid teaduslikke saavutusi ja juurutada neid iga lasteasutuse praktikasse.

A. Nordberg.

Пятая республиканская научно-практическая конференция педиатров ЭССР

А. Нордберг

Резюме

26—27 декабря 1957 года Министерство здравоохранения Эстонской ССР провело пятую научно-практическую конференцию педиатров республики. В работе конференции приняли участие около двухсот человек: педиатры из городов и районов, санитарно-эпидемиологические работники.

На конференции был заслушан доклад начальника отдела лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздрава ЭССР Л. П. Лавровой о состоянии лечебно-профилактической помощи детям в Эстонской ССР (и меры по ее дальнейшему улучшению); кроме того 13 докладов и 6 сдокладов по различным проблемам лечебно-профилактического обслуживания детства, как-то: профилактика и лечение острой пневмонии в раннем детском возрасте; лечение больных полиомиелитом в острой стадии; заболеваемость ревматизмом среди детей и лечение; вопросы рационального вскармливания детей раннего возраста. Воспитание и закаливание детей раннего возраста и другие. В докладах были отмечены значительные достижения по лечебно-профилактическому обслуживанию детей за последние десять лет. Улучшились основные качественные показатели лечебно-профилактического обслуживания детей; увеличилась укомплектованность детских учреждений педиатрическими кадрами.

В лечебно-профилактическом обслуживании детей имеются серьезные недостатки: недопустимо высоким является удельный вес смешанного и искусственного вскармливания детей — 20,8% до 3-месячного возраста, при среднесоюзном показателе 12,4%.

Высоким остается процент выявленных больных детей на поликлинических приемах с острыми инфекционными заболеваниями: с острой дизентерией 11,7%, корью 3,0%, коклюшем 18,1%, токсической диспепсией 24,1%, дифтерией 20,9%.

Оснащенность и уровень лечебно-диагностической работы детских больниц, детских отделений городских и районных больниц отстает еще от современного уровня медицинской науки.

Основа советской медицины — профилактика болезней — начинается в родильном доме у колыбели новорожденного. Чем больше будет проявлено заботы о правильном физическом воспитании маленького ребенка и прежде всего о его правильном питании, тем меньше работы остается лечащим врачам.

Конференция отметила, что среди врачей педиатров некоторых городов и районов имеется большая текучесть, что отрицательно сказывается на качестве обслуживания детства.

osakonna või teiste Kombinaadi osakondade töötajate poolt teostatavate uurimuste üle.

Kohtla-Järve tervishoiuosakonna juhataja sm. G. Kamõnin tegi ettepaneku, et Instituudi töötajad analüüsiks elanikkonna haigestumuse andmeid, mis lubaksid selgitada mõningate haiguste seost kutsetööga. Ühtlasi märkis sm. Kamõnin, et mitte kõik Instituudi poolt esitatud ettepanekud ja eelmiste sessioonide otsused ei ole täidetud. Nii ei ole näiteks Instituudi ettepanekud töötingimuste parandamise kohta kaevandustes täidetud. Selles küsimuses on puudujääke nii Instituudi kui ka tervishoiuorganite töös, sest viimaste ülesandeks on kontrollida otsuste täitmist töötingimuste parandamise alal.

Sessiooni lõpul vastuvõetud otsuses fikseeriti tähtsamad ülesanded edaspidise teadusliku uurimistöö alal kutsehügieeni ja kutsehaiguste küsimustes põlevkivitööstuses. Märgiti, et süvendamist ning laiendamist vajavad toksikoloogilised uurimistööd, arvesse võttes uute põlevkivitööstuse harude arenemist. Ka vibratsioontõve alaseid uurimusi tuleb edasi arendada. Otsustati samuti, et Instituudil tuleb analüüsida haigestumuse alane statistiline materjal ning tihendada sidemeid tootmise ning tervishoiuasutustega. Otsuses märgiti samuti, et edaspidistel teaduslikudel sessioonidel on otstarbekohane kuulata ära ettekandeid naaberalladelt, põlevkivikeemia või -tehnoloogia valdkonnast, milleks on vaja suurendada kontakti vastavate uurimisasutustega.

Üldkokkuvõttes aitas kõnesolev sessioon tunduvalt kaasa Instituudi kollektiivi edaspidiste töösuundade täpsustamisel põlevkivihügieeni alal ja pakkus huvi niihästi tööstuse esindajaile kui ka praktilistele tervishoiutöötajaile Kohtla-Järvel.

P. B o g o v s k i.



Arst J. Vilde 70-aastane

Eesti NSV Tervishoiu Ministri käskkirjaga nr. 353-k, 24. detsembril 1957. a., õnnitletakse Vabariikliku Tallinna Haigla I günekoloogia osakonna juhatajat Johannes Pääro pg. Vildet seoses tema 70-nda sünniaastapäevaga ja avaldatakse talle tänu kauaaegse kohusetruu teenistuse eest meditsiinalal. Ühtlasi soovitakse talle palju jõudu ja edu edaspidises töös.

J. Vilde sündis 26. detsembril 1887. a. Virumaal Vao vallas talurentniku pojana. Ta õppis 1920.—1926. a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Peale lühemaajalist töötamist Tartu Ülikooli hügieenikateedri assistendina siirdus ta Tallinnasse, kus töötab käesoleva ajani.

J. Vilde on meie vabariigi silmapaistvamaid arste. Tänu meisterlikule operatsioonitehnikale ja ravioskusele on ta päästnud paljude patsientide elu. J. Vilde juures on ennast täiendanud paljud naistehaiguste arstid.

J. Vilde on autasustatud märgiga: «Tervishoiu-ala eesrindlane» ja 60-ndal sünniaastapäeval Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.



Meditšiiniteaduste doktor J. Ennulo 60-aastane

Juhan Aadu pg. Ennulo sündis 3. jaanuaril 1898. a. Viljandimaal.

Ta õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas 1920.—1927. a. 1932. a. kaitses ta doktori väitekirja teemal «Mõningate keemiliste ainete fikseerumisest erütrotsüütidega». Käesoleval ajal töötab J. Ennulo Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu teadusliku sekretärina ning Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosi kliinilise sektori juhatajana. Juubilar on kirjutanud üle kahekümne teadusliku töö. Ta on välja töötanud originaalsed troofiliste haavandite ja tuberkuloossete bronhiaaluuriste ravimeetodid. J. Ennulole on antud autoritunnistus reieluukaela osteosünteesi instrumentaariumi leiutamise eest. Instrumentaariumi on asunud seeriaviisiliselt tootma. Olles kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi rajajaid Eesti NSV-s on ta juhendanud ka nooremate kirurgide spetsialiseerumist sellel erialal. J. Ennulo on autasustatud märgiga «Tervishoiu-ala eesrindlane». Seoses J. Ennulo juubeliga õnnitletakse teda Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjas nr. 1, 2. jaanuaril 1958. a. ning avaldatakse talle tänu teadusliku töö organiseerimise ja silmapaistvate tulemuste saavutamise eest kopsukirurgia alal.

Eesti NSV teenelised arstid

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 19. jaanuaril 1957. a. omistati Eesti NSV teenelise arsti aunimetus seitsmele arstile: Paide Rajoonihaigla peaarstile Johannes Braunile, Jõgeva rajooni Tabivere maa-arstijaoskonna juhatajale Joosep Pilvele, Tallinna II Haigla kirurgiaosakonna juhatajale Johannes Saksale, Jõhvi rajooni Iisaku maa-arstijaoskonna juhatajale Ljubov Smirnovale, Tallinna Vabariikliku IV Haigla sisehaiguste osakonna juhatajale Leida Sõrmusele, Jõgeva rajooni maa-arstijaoskonna juhatajale Eduard Tedrele, Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna juhatajale Benno Änilisele.

Varem oli meil omistatud teenelise arsti aunimetus 19 arstile.

Uus teaduslik arstide selts Tallinnas

1957. a. maikuus asutati Tallinna Patoloog-Anatoomide Teaduslik Selts, mis hõlmab ka Põhja-Eesti rajoonide selle ala arste ja kohtumeditiini eksperte. Seltsi esimeheks valiti meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski, esimehe asetäitjaks V. Bresler, sekretäriks L. Jannus ja laekuriks A. Krjukov. Möödunud aasta oktoobris arutati Seltsi istungil G. Loogna ettekannet kopsu vähktõve juhust, mis oli arenenud kroonilise mittespetsiifilise pneumoonia taustal. Suure Sotsialistliku Oktoobri-revolutsiooni 40. aastapäeva tähistamiseks korraldati novembrikuus konverents, kus P. Bogovski andis ülevaate patoloogilise anatoomia arenemisest NSV Liidus 40 aasta vältel. Kuulati veel ära eksperimentaalsete uurimistööde tulemused (V. Kung, A. Vösamäe, J. Teras), kasuistilise juhu kirjeldus Brill-Symmersi tõvest (V. Bresler) ja ülevaade histoplasmoosi kohta (A. Schwarz). 1957. a. detsembrikuus arutas selts koos klinitsistidega patoloogilis-anatoomilise teenindamise parandamise küsimusi Tallinnas.

Neuroloogide ja psühhiaatrite konverents

6. ja 7. detsembril 1957. aastal toimus Tartus ENSV neuroloogide ja psühhiaatrite VII vabariiklik teaduslik konverents, mis oli pühendatud Suure Sotsialistliku Oktoobri-revolutsiooni neliakümnele aastapäevale. Konverentsist võttis osa ligi 100 arsti Eesti NSV-st ning külalised Leningradist ja Riist.

Konverentsil kuulati ära ligi 20 ettekannet kaasaegse neuroloogia ja psühhiaatria aktuaalsetel teemadel.

Väljaspool konverentsi kava esines Eesti NSV Teadusliku Neuropatoloogia ja Psühhiaatrite Seltsi auliige NSV Liidu TA Pavlovi nimelise Füsioloogia Instituudi närvikliiniku juhataja professor N. Krõšova, kes tutvustas kliiniku kogemusi närvisüsteemi ravimite väikeste annuste manustamisel.

Konverents võttis vastu resolutsiooni, mis peegeldab ENSV neuroloogilise, neurokirurgilise ja psühhiaatrilise teenindamise taset ja selle arengut, teadusliku töö olukorda nimetatud aladel ning tegi rea ettepanekuid neuroloogia ja psühhiaatria-alase töö parandamiseks vabariigis.

Ilmuvaid teoseid

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium andis välja Riikliku Meditsiinkirjanduse Kirjastuse temaatilise plaani 1958. aastaks. Plaanis on ettetellitavatest raamatutest välja anda «Suure arstiteaduse entsüklopeedia» 4 esimest köidet, mitmeköitelised käsiraamatud pediaatria, kirurgia, neuroloogia ja tuberkuloosi alal. Ettetellitavate raamatutena ilmuvad 1958. aastal veel ka kaks köidet I. I. Metšnikovi kogutud teostest ja N. I. Pirogovi valitud teoste III köide. Atlastest ilmub koera peaaugu atlas, oftalmoloogia atlas ning NSV Liidu ravimtaimede atlas.

Meditsiini-instituutidele ja keskkoolidele ilmub 36 mitmesugust õpikut. Teoreetiliste ja kliiniliste distsipliinide alal ilmub 171 tööd. Tõlketöid inglise, saksa, poola ja rumeenia keelest ilmub 16. Tõlkeid on näiteks ultraheli alalt arstiteaduses ja bioloogia, tööstus-oftalmoloogia, epilepsia, tööstusarstiteaduse ja hügieeni, embrüoloogia, poliomieliidi ravi ning bakterioloogia alalt.

Sarjas «Keskhariidusega meditsiinitöötaja raamatukogu» on ette nähtud 14 mitmesugust teost teraapia, ravitoitlustamise, vitamiinide, desinfektsiooni, tuberkuloosi, mädaste kirurgiliste haiguste alal jne.

Kogusummas ilmub 469 mitmesugust teost arstiteaduslikes küsimustes.

Vabariiklik Pediaatrite Selts

27. detsembril 1957. a. asutati Eesti NSV pediaatrite teaduslik-praktilisel konverentsil Vabariiklik Pediaatrite Selts. Seltsi juhatusse valiti 31 inimest, revisjoni-komisjoni 3 inimest.

Eesti Vabariikliku Pediaatrite Seltsi liikmed valisid üksmeelselt seltsi auliikmeks NSVL Meditsiiniteaduste Akadeemia tegevliikme prof. A. Tur'i.

Esimesel koosolekul valis seltsi juhatus presiidiumi, kuhu kuuluvad: seltsi esimees A. Vares, esimehe asetäitja L. Keres, teaduslik sekretär E. Müllerbek, laekur R. Glikman, presiidiumi liikmed L. Lavrova ja E. Luht.

Uus preparaat

Möödunud aastal valmis Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus bibliograafia Indias kasvava ravimtaime *Rauwolfia serpentina* alkaloidi serpasiili (reserpiin) raviomaduste kohta.

Serpasiil toimib mitmesse inimese elundisse ja elundisüsteemisse. Serpasiili kasutatakse võrdlemisi edukalt hüpertooniatõve algstaadiumi ravimisel.

Peale selle rakendatakse seda veel psühhiaatrias, kirurgias, neuroloogias, oftalmoloogias, günekoloogias, sünnitusabis ja mitmesuguste haiguste puhul.

Bibliograafia sisaldab 1200 nimetust mitmesugustes välismaistes ajakirjades ilmunud artiklite kohta, millega võib lähemalt tutvuda raamatukogus.

Autoritele

1. Käsikiri esitatakse ajakirjale koos venekeelse kokkuvõttega, mille pikkus on kuni 1,5 lehekülge masinakirjas.

2. Käsikiri peab olema kirjutatud kirjutusmasinal, lahtiste lehtede ühele küljele, kahe intervalliga ridade vahel, kusjuures ridade ette jäetakse 3 sm laiune vaba äär. Põhjendatud juhtudel võib esitada ka selge, arusaadava käekirjaga kirjutatud töö.

3. Esimesel leheküljel kirjutatakse: töö pealkiri, autori nimi ja initsiaalid, tema ametikoht, teaduslik aste ja kraad, asutuse nimetus koos selle juhataja nime ja initsiaaliga, kust töö on lähetatud, ning teadusliku juhendaja perekonnanimi initsiaalid, aste ja kraad. Töö lõpus on autori allkiri, tema aadress, telefoni nr. ning ees-, isa- ja perekonnanimi.

4. Teaduslik töö peab olema viseeritud asutuse juhataja poolt, kus autor töötab, sellele märgitakse ka juhataja aste, teaduslik kraad ja ametikoht.

5. Originaalsetel uurimustel ja aktuaalsetel teemadel kirjutatud tööde ning ülevaadete ulatus võib olla mitte üle 8 lehekülje masinakirjas, ülejäänutel (kasuistika, märkmed ja teated praktikast, aruanded jne.) mitte üle 2 lehekülje. Mainitud pikkusesse kuuluvad kõik lisad (tabelid, diagrammid, ülesvõtted, joonised). Viimased kleebitakse laiade servadega paberile, millele kirjutatakse töö pealkiri, autori nimi ja joonis või ülesvõtte number ning ülaseriale «ülemine».

6. Kõigi tabelite, diagrammide, ülesvõtete ja jooniste allkirjad lisatakse eri lehel, kuhu märgitakse nende numbrid ja käsikirja leheküljed, kuhu need tuleb paigutada.

7. Tekstis tsiteeritavate kodumaa autorite töödele lisatakse initsiaalid. Käsikirjas esitatavad tsitaadid peavad olema originaali järgi kontrollitud ja autori poolt lehekülje äärel alla kirjutatud. Sulgudes või viitega joone all näidatakse allikas — selle nimetus, väljaandja, väljaandmise koht, aasta, köide, anne, lehekülj.

8. Käsikirja lõpus esitatakse autori poolt kasutatud kirjanduse nimestik. Raamatute osas näidatakse nimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumise aasta. Ajakirjade kasutamisel tuuakse ära autori perekonnanimi, initsiaalid, ajakirja nimetus, köide, anne või number, kasutatud artikli lehekülgede algus- ja lõppnumbrid, ajakirja ilmumisaasta. Autorid esitatakse tsiteerimise järjekorras.

9. Toimetuse jätab endale käsikirjade parandamise ja jooniste ümberpaigutamise õiguse. Käsikirju ei tagastata.

10. Ajakirja toimetusele ei või esitada töid, mis on juba teistes väljaannetes trükitud või teistesse toimetustesse trükkimiseks saadetud.

11. Autorihonorari saamiseks esitatakse asutuse tõend selle kohta, et töö ei kuulu plaaniliste tööde hulka.

Käsikirjad saadetakse aadressil: Tallinn, Lossi plats 7, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse.

Meditsiinitöötajad!

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu asub Tallinnas, Uus tn. 3, II korrus, telefon 458-53. Raamatukogu on avatud kella 14-st kuni 22-ni, laupäeviti kella 10-st kuni 18-ni ja pühapäeviti kella 11-st kuni 18-ni.

Raamatukogus leidub suures valikus raamatuid ja ajakirju kõikidelt arstiteaduse aladelt, samuti ühiskondlik-poliitilist ja piiralist (loodusteadus, kehakultuur, loomaarstiteadus jne.) kirjandust.

Raamatukogu lugejaks võib astuda iga meditsiinitöötaja, kes elab ja töötab Eesti NSV territooriumil. Lugejad väljaspoolt Tallinnat võivad saada kirjandust posti teel. Lugejaks astumiseks nõudke raamatukogust vormistamisplanke. Kirjandust võib saada, teatades raamatu nimetuse või teema, mille kohta vajatakse kirjandust. Kirjanduse saatmine lugejale posti teel toimub raamatukogu kulul, tagasisaatmine — lugeja kulul.

Raamatukogu osutab ka abi lugejale kirjanduse valikul ja koostab kirjanduse nimestikke neile vajalike küsimuste kohta.

Медицинские работники!

Государственная научная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Эстонской ССР находится в гор. Таллине, ул. Уус, д. 3, II этаж, телефон 458--53. Библиотека открыта с 14.00 до 22.00 часов, по субботам с 10.00 до 18.00 часов, по воскресеньям с 11.00 до 18.00 часов.

В библиотеке имеется большой выбор книг и журналов по всем отраслям медицины, а также общественно-политическая и смежная с медициной (естествознание, физкультура, ветеринария и т. д.) литература.

Читателем библиотеки может стать каждый медицинский работник, проживающий и работающий на территории Эстонской ССР. Читатели, проживающие вне г. Таллина, могут получать литературу по почте. Для того, чтобы стать читателем, затребуйте из библиотеки бланки для оформления. Литературу можно получать, высылая требование на определенную книгу, или же сообщая тему, по которой требуется литература. Высылка литературы читателю по почте производится за счет библиотеки, возвращение — за счет читателя.

Библиотека также оказывает читателям помощь в подборе литературы и составляет списки литературы по интересующим читателя вопросам.

Uusi raamatuid Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 40. aastapäevale pühendatud Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi Teadusliku Sessiooni ettekannete teesid. Tallinn, 27.—28. novembrini 1957. a. Tln., 1956, 67 lk. — paralleeltekst eesti ja vene keeles.

Salmonelloosid ja toidu-toksikoinfektsioonid Eesti NSV-s. Konverentsi ettekannete teesid. Tln., 1957, 26 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.

Loodusliku koldeliseusega haigused ja zoonoosid Eesti NSV-s. Konverentsi ettekannete teesid. Tln., 1957, 27 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.

ENSV Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite VII Vabariiklik Konverents, pühendatud Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 40. aastapäevale. Tartus, 6. ja 7. detsembril 1957. a. Ettekannete teesid. Trt., 1957, 44 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.

MOROZOVA, V. A. Toitumine südame-veresoonte puudulikkuse puhul. Trt., 1957, 19 lk.

- VALGMA, K. Gastriidid. Trt., 1957, 11 lk.
- VALGMA, K. Reumatism. Trt., 1957, 12 lk.
- KUUSE, H. Isiklik hügieen. Trt., 1957, 11 lk.
- Mida peab teadma lüpsja. Trt., 1957, 15 lk.
- RAIG, M. Kooliõpilase hügieen. Trt., 1957, 20 lk.
- TABAKOVA, I. Lastevanematele leetritest. Trt., 1957, 7 lk.
- TABAKOVA, I. Lastevanematele difteeriast. Trt., 1957, 8 lk.
- TABAKOVA, I. Lastevanematele läkaköhist. Trt., 1957, 11 lk.
- TABAKOVA, I. Lastevanematele rahhiidist. Trt., 1957, 8 lk.
- Гулорлава Ш. А. Лечение медиальных переломов шейки бедренной кости. Таллин, 1957, 62 стр.
- Большая медицинская энциклопедия. Изд. 2-е. Т. 2. Ангиохолит—Аюрведа. М., 1957, 1304 стр.
- Сорок лет советского здравоохранения. (Сборник статей. Глав. ред. М. Д. Ковригина). М., 1957, 662 стр.
- Ашурков Е. Д. и Морозов Н. Н. Охрана здоровья советского народа. М., 1957, 31 стр.
- Очерки истории здравоохранения СССР. (1917—1956 гг.) Под ред. М. И. Барсукова. М., 1957, 394 стр.
- Лекарев Л. Г. Сельский врачебный участок. 2-е испр. и доп. изд. М., 1957, 207 стр.
- Павловские клинические среды. Т. 3. 1935—1936. М., 1957, 492 стр.
- Руководство к практическим занятиям по физиологии. Изд. 3-е, испр. и доп. М., 1957, 327 стр.
- Саркизов-Серазини И. М. Путь к здоровью, силе и долгой жизни. Изд. 3-е. М., 1957, 207 стр.
- Габович Р. Д. Фтор и его гигиеническое значение. М., 1957, 251 стр.
- Лебединский А. В. Влияние ионизирующей радиации на организм. М., 1957, 56 стр.
- Баранова Е. Г., Булатов П. К. и Васильев Л. Л. Методические указания к лечению ионизированным воздухом. Л., 1957, 38 стр.
- Спортивная медицина. Авт.-сост. Г. М. Куколевский. М., 1957, 375 стр.
- Генес С. Г. Сахарный диабет. 4-е изд., испр. и доп. Киев, 1957, 275 стр.
- Вопросы обезболивания. (Сборник статей). Отв. ред. И. С. Жоров. М., 1957, 214 стр.
- Рефлексы с легкого в терапии туберкулеза и некоторых других заболеваний. Под ред. А. Д. Сперанского. М., 1957, 167 стр.
- Антибактериальные препараты в комплексном лечении туберкулезного больного. (Отв. ред. А. Е. Рабухин). М., 1957, 194 стр.
- Боголепов Н. К. Неотложная невропатология. М., 1957, 367 стр.
- Корейша Л. А. Современное состояние хирургии головного мозга. М., 1957, 40 стр.
- Фурст Дж. Б. Невротик. Его среда и внутренний мир. М., 1957, 375 стр.
- Портнов А. А. и Федотов Д. Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии. М., 1957, 125 стр.
- Воячек В. И. Методика щадящих оториноларингологических (диагностических и лечебных) воздействий. Л., 1957, 155 стр.
- Преображенский Н. А. Предупреждение ангины. М., 1957, 32 стр.
- Кацнельсон А. Б. Аномалии развития и заболевания глаз в раннем детском возрасте. Л., 1957, 182 стр.
- Бенцианова В. М. Рентгенотерапия первичного рака легкого. М., 1957, 40 стр.
- Сысолин К. Г. Врачебная косметика в практике дерматолога. М., 1957, 183 стр.
- Роговенко С. С. Диагностика рака шейки матки. Л., 1957, 131 стр.
- Жаркин А. Ф. Сборник акушерских задач. Куйбышев, 1957, 228 стр.
- Маршак М. С. и Боринская Е. Н. Питание беременной и матери, кормящей грудью. М., 1957, 48 стр.
- Руководство по воспитанию детей в яслях и домах ребенка. Изд. 2-е. М., 1957, 254 стр.

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

A. GOLDBERG — Saateks	3	A. ГОЛЬДБЕРГ — К выходу журнала	3
Tervishoiu organisatsioon		Организация здравоохранения	
A. NORDBERG — Tervishoiutöö paranemine Nõukogude Eestis	5	A. НОРДБЕРГ — К дальнейшему подъему здравоохранения в Эстонской ССР	5
A. LINKBERG — Meditsiini kaadri ettevalmistamisest TRÜ Arstiteaduskonnas kuuendal viisaastakul	10	A. ЛИНКБЕРГ — О подготовке медицинских кадров на медицинском факультете Тартуского государственного университета в шестой пятилетке	10
A. GUNTER — Arstiteaduse arenemisest vabariigis	13	A. ГУНТЕР — За дальнейшее развитие медицинской науки в республике	13
L. LAVROVA — Laste ravi- ja profülaktikaalse teenindamise olukord Eesti NSV-s ja abinõud selle edasiseks parandamiseks	17	Л. ЛАВРОВА — Состояние лечебно-профилактической помощи детям в Эстонской ССР и меры по ее дальнейшему улучшению	17
F. ARNEMANN — Parandada diagnoosimise kvaliteeti	21	Ф. АРНЕМАН — За качественную диагностику	21
A. SARAP — Ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondlik ülevaatus	23	A. САРАП — Общественный смотр лечебно-профилактических учреждений	23
L. SALUS — Tervishoiutöötajate ametiühingu ülesannetest	27	Л. САЛУС — О задачах профсоюза медицинских работников	27
B. PSENITSNIKOV — Punase Risti Seltsi tööst	28	Б. ПШЕНИЧНИКОВ — О работе общества Красного Креста	28
Arstiteaduse teooria ja praktika		Теория и практика медицины	
S. GULORDAVA — Vabariikliku haigla peamised ülesanded organisatsioonilise, meetoodilise ja konsultatsioonikeskuse	32	Ш. ГУЛОРДАВА — Главные задачи республиканской больницы как организационного, методического и консультативного центра	32
E. VAGANE, L. KILDEMA ja L. KÕPMAN — C-hüpvitamiinooesi esinemisest Eesti NSV põlevkivibasseini laavakaevuritel	34	Э. ВАГАНЕ, Л. КИЛЬДЕМА и Л. КЫПМАН — С гиповитаминоз у шахтеров сланцевого бассейна Эстонской ССР	34
S. SALZMANN — Pneumokonioosi põlevkivitööstuse töolistel	37	С. ЗАЛЬЦМАН — Пневмокониоз у рабочих сланцевой промышленности	37
N. ELSTEIN — Medikamentoosse ravi küsimusi	40	Н. ЭЛШТЕЙН — Некоторые вопросы медикаментозного лечения больных	40
L. PANT — Eesti NSV apteekide retseptuurist	45	Л. ПАНТ — О рецептуре аптек Эстонской ССР	45
H. PIHL — Platsentavere kogumisest gammaglobuliini tootmiseks ja selle rakendamiseks praktikas	49	Х. ПИХЛ — О сборе плацентарной крови для производства гаммаглобулина и о применении его в практике	49
A. TUR — Varaealiste laste ratsionaalse toitlustamise küsimusi	52	A. ТУР — Вопросы рационального вскармливания детей раннего возраста	52
J. ENNULO — Kavernide lahtise ravi hilistulemustest	56	Ю. ЭННУЛО — Об отдаленных результатах открытого лечения каверн у больных туберкулезом легких	56

Kogemuste vahetamine

O. KLADOVA — Kiviõli haigla tööst uutes tingimustes	63
V. KARU — Varaealiste laste karastamisest	66
A. SILLAND — Tervishoiupäevast Tõrva rajoonis	68
A. RÜNGAS — Tallinna Vabariikliku Haigla Õdede Nõukogu töökogemusi	69

Kaadri ettevalmistamine

K. VIPPER — Keskkharidusega meditsiinipersonali ettevalmistamisest	72
--	----

Sanitaarharidustöö

M. RAIG — Sanitaarharidustöö ülesannetest tänapäeval	76
--	----

Konverentsid ja nõupidamised

K. SÖÖT — Muljeid akušöör-günekooloogide X üleliiduliselt kongressilt	78
A. NORDBERG — Eesti NSV viies vabariiklik pediaatrite konverents	79
P. BOGOVSKI — VII teaduslik sessioon põlevkivi tööstuse kutsehügieeni küsimustes	82
Tähtpäevi	84
Kroonika	86
Autoritele	87
Meditsiinitöötajad!	88
Uusi raamatuid Riiklikus Teaduslikus Meditsiinis Raamatukogus	88

Обмен опытом

O. КЛАДОВА — Работа больницы Кивиыли в новых условиях	63
B. КАРУ — О закаливании детей раннего возраста	66
A. СИЛЛАНД — День здравоохранения в Тырваском районе	68
A. РЮНГАС — О работе Совета медицинских сестер в Таллинской республиканской больнице	69

Подготовка кадров

K. ВИППЕР — О подготовке кадров среднего медицинского персонала в Эстонской ССР	72
---	----

Санитарное просвещение

M. РАЙГ — О задачах санитарно-просветительной работы в настоящий момент	76
---	----

Конференции и совещания

K. СЭЭТ — Впечатления о XX Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов	78
A. НОРДБЕРГ — Пятая республиканская научно-практическая конференция педиатров ЭССР	79
П. БОГОВСКИЙ — VII научная сессия по вопросам профессиональной гигиены в сланцевой промышленности	82
Юбилейные даты	84
Хроника	86
Авторам	87
Медицинские работники!	83
Новые книги в Государственной научной медицинской библиотеке	88

Журнал

«Здравоохранение Советской Эстонии»

Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 22. I 1958. Trükkimisele antud 15. II 1958. Trükiarv 3500. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,75. Arvutuspooznaid 9,5. Tellimise nr. 229. MB 00639.
Trükikoda «Pioneer», Tartu, Kastani tn. 38

Hind 4 rubla

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse
Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

F. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.



2
*Märts-
Aprill*

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1958

Журнал
«Здравоохранение Советской Эстонии»
Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР
На эстонском языке.

Ladumisele antud 22. II 1958. Trükkimisele antud 23. IV 1958. Trükiarv 3500.
Paber 70×108 ¹/₁₆. Trükipoognaid 6,5 + 2 kleebist. Formaadile 60×92 kohaldatud
trükipoognaid 9,5. Arvutuspoognaid 9,15. Tellimise nr. 611. MB 02056.

Trükikoda «Pioneer», Tartu, Kastani tn. 38.

Hind 4 rubla

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse
Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus.

Rajoonihaigla töö parandamisest

A. Nordberg,

meditsiiniteaduste kandidaat, Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja

Nõukogude Liidus on haigla ravi- ja profülaktikaasutuseks, kus antakse kõigile kodanikele kvalifitseeritud ja tasuta arstiabi. Maaelanikkonna meditsiinalase teenindamise keskuseks on rajoonihaigla. Rajoonihaigla koos maa-arstijaoskonnaga (jaoskonnahaiglaga) osutab 70-le protsendile rajooni elanikkonnast statsionaarset ja kvalifitseeritud erialalist arstiabi ja umbes 95-le protsendile elanikkonnast polikliinilist ambulatoorset abi. 30 protsenti maaelanikkonnast saab raviabi linnahaiglates. Umbes 15 protsenti kõigist ravi- ja profülaktikaasutuste poole pöördujatest vajab statsionaarset ravi, 85 protsenti aga saab arstiabi kodus või ambulatooriumis.

Rajoonihaigla koosseisu kuuluvad: a) statsionaar koos erialaliste osakondadega (palatitega); b) polikliinik (ambulatoorium) mitmesuguste erialakabinettidega, naiste- ja lastenõuandla koos piimaköögiga; c) ravi- ja diagnostikakabinetid, laboratoorium kliinilisteks ning sanitaarhügieenilisteks, bakterioloogilisteks ja teisteks uurimisteks.

Rajoonihaigla kujutab endast ravi- ja profülaktika- kui ka sanitaaralaste ja epideemiatõrje asutuste kompleksi, mille ülesandeks on elanikkonna kvalifitseeritud teenindamine. Rajoonihaigla juhib rajooni tervishoiuasutusi organisatsiooniliselt ja meetoodiliselt, tagab elanikkonnale kättesaadava ambulatoorse ja statsionaarse ravi- ning profülaktikalase abi, rakendades kaasaegseid diagnostika- ja ravimeetodeid; võtab tarvitusele abinõude kompleksi masina-traktorijaamade, sovhooide ning tööstustööliste kui ka kolhoosnike ja kogu muu elanikkonna dispanseersel teenindamisel. Rajoonihaigla organiseerib naiste ja laste ravi- ning profülaktikaalast teenindamist; annab kodust arstiabi rajoonikeskuse ja haigla juurde kinnistatud arstijaoskonna elanikele; organiseerib ja rakendab koos rajooni teiste tervishoiuasutuste töötajatega abinõusid nakkushaiguste vältimiseks ja likvideerimiseks (epidemioloogiline uurimine, haigestunute väljaselgitamine ja arvele võtmine, haigete hospitaliseerimine, haiguskollete desinfitseerimine ja nende jälgimine, profülaktilised süstimid jne.)¹.

Ühendatud rajoonihaigla peab lahendama suuri ja vastutusrikkaid ülesandeid maa-elanikkonna meditsiini- ja sanitaaralasel teenindamisel ning põllutööliste töö- ja elutingimuste parandamisel.

Rajoonihaigla võtab aktiivselt osa praktiliste teaduslike konverentside korraldamisest ning teeb teaduslikku uurimistööd vabariiklike haiglate ja Tervishoiu Ministeeriumi Opetatud Meditsiinilise Nõukogu juhendamisel.

Rajoonihaigla on administratiivne majanduslik üksus, mille käsu- tusse eraldatakse põhivahendite fondid, hooned, varustus, inventar, vahendid haigete meditsiinalaseks teenindamiseks ja ülalpidamiseks,

¹ Rajoonihaigla ajutine põhimäärus.

sanitaaralasteks ja epideemiatõrje ning majanduslikeks üritusteks. Rajoonihaiglat juhatab rajooni peaarst ainujuhtimise põhimõttel. Rajoonihaigla peaarst suunab krediitide jaotamist ning juhib ravi- ja profülaktika- kui ka sanitaaralast ja epideemiatõrje ning administratiivset ja majanduslikku tööd.

Rajoonihaigla kontrollib kõiki rajooni meditsiinasutusi, analüüsib nii üldist kui ka töövõime ajutise kaotusega kulgevat haigestumust, nakkushaigusi, letaalsust ning suremust. Rajoonihaigla koostab tervistavate ürituste plaani ja garanteerib selle täitmise ning tõstab meditsiinkaadri tööalast kvalifikatsiooni, paigutab meditsiinitöotajaid kohtadele ja valmistab ette sanitaaraktiivi.

Rajoonihaigla juures organiseeritakse haigla nõukogu kuhu kuuluvad peaarst, tema asetäitjad, rajooni pediaater, kogenud eriarstid, maa-jaoskonnahaiglate arstid ja ühiskondlike organisatsioonide esindajad. Nõukogu arutab rajoonihaigla kompleksset tööplaani, kui ka haigla osakondade ja kabinetide, maa-arstijaoskondade, velskri-ämmaemandapunktide, lastesõimede jt. tööplaani ravi-, profülaktika- ja sanitaaralaste kui ka epideemiatõrje ja majanduslike ürituste alal. Haiglanõukogud töötavad välja abinõusid haigestumuse ja traumatismi vähendamiseks rajoonihaigla poolt teenindataval territooriumil.

Rajoonihaiglate töö analüüsimine Eesti NSV elanikkonna meditsiini- ja -sanitaaralasel teenindamisel 1957. aasta jooksul näitab tervishoiuvõrgu suurenemist ja kaadri juurdekasvu ning töökultuuri ja -kvaliteedi paranemist.

Tervishoiuasutuste töö ümberorganiseerimine rajoonis koondas kogu tervishoiutöö juhtimise rajoonihaiglasse, mis tõstis kogu kollektiivi vastutust rajooni elanikkonna kvaliteetsel meditsiini- ja sanitaaralasel teenindamisel.

Enamik rajoonihaiglaid mõistsid uutes tingimustes nendele pandud ülesannete tähtsust õigesti, hakkasid kõiki rajooni tervishoiualaseid küsimusi ühiselt lahendama, töötasid välja kvartaliplaanid. Nii talitasid näiteks Kiviõli Rajoonihaigla peaarst O. Kladova ja tema asetäitja, rajoonihaigla sanitaar-epidemioloogia osakonna juhataja S. Vorobjova; Tapa Rajoonihaigla peaarst N. Ajaste, tema asetäitja E. Ojasalu; Jõgeva Rajoonihaigla peaarst E. Mikhelsoo, asetäitja G. Dartšija; Põlva Rajoonihaigla peaarst H. Raud, asetäitja A. Kütt; Türi Rajoonihaigla peaarst S. Ratnik, asetäitja V. Uven ning Otepää Rajoonihaigla peaarst L. Raaga, asetäitja A. Vainu. Nende haiglate peaarstide asetäitjad, sanitaar-epidemioloogia osakondade juhatajad, võtavad osa hommikustest nõupidamistest, informeerides kogu haigla kollektiivi sanitaarsest ja epidemioloogilisest olukorrast rajoonis ja püstitavad konkreetseid ülesandeid sanitaartervistavate ürituste läbiviimiseks. Ravivõrgu ja sanitaar-epidemioloogiaosakonna arstid dispanseerivad ühiselt põllumajanduse mehhanisaatoreid ja kolhoosnikuid. Rajoonihaiglad on muutunud juhtivateks organisatsioonilis-metoodilisteks konsultatsioonikeskusteks rajoonis. Nende juhtimisel on paranenud ka maa-arstijaoskondade ja velskri-ämmaemandapunktide töö.

Rajoonides on elanikkonna meditsiini ja sanitaaralase teenindamise näitajad tunduvalt paranenud, on vähenenud haigestumus ja laste suremus.

Üldiselt on hästi korraldatud lastenõuandlate töö. Laste haigestumus ja suremus esimese eluaasta jooksul vähenes näiteks Antsla Rajoonihaiglas (pediaater V. Sikk) kuni 1,5%, Kallaste Rajoonihaiglas (pediaater G. Mironenko) kuni 1,8%, Keila Rajoonihaiglas (pediaater O. Biblova) kuni 0,6%, Kilingi-Nõmme Rajoonihaiglas (pediaater A. Tari) kuni 1,3%, Tartu rajoonis (pediaater L. Meipalu) kuni 1,9%, Tõrva Rajoonihaiglas (pediaater A. Kikkas) kuni 1,7%, Valga Rajoonihaiglas (pediaater N. Paklenkova) kuni 1,7%, Elva Rajoonihaiglas (pediaater V. Laane) kuni 1,3%.

1957. a. alanes tunduvalt varaealiste laste suremus võrreldes 1956. aastaga Jõhvi, Kiviõli, Orissaare, Põltsamaa ja Türi rajoonihaiglates.

Mitte kõik rajoonihaiglad pole veel oma tööd ümber korraldanud. Olles korraldanud hästi oma ravitöö statsionaarides, omades kvalifitseeritud arstide kollektiivi, osutavad haiglad konsultatiivset abi teistele rajoonidele, kuid alahindavad sageli ambulatoorset-polikliinilist tööloiku ja jätavad hooletusse profülaktilise töö. Dispanseerimine piirdub neil ainult haigete arvele võtmisega, ebarahuldav on ka töö- ja elutingimuste parandamine. Maa-arstijaoskondade tööd ei juhitakse süstemaatiliselt.

Sellised on Elva Rajoonihaigla peaarst K. Bellen, peaarsti asetäitja sanitaar-epidemioloogia osakonna juhataja P. Mikk; Jõhvi Rajoonihaigla peaarst S. Loiferman, sanitaar-epidemioloogia jaama peaarst G. Rozum, Paide Rajoonihaigla peaarst J. Braun, sanitaar-epidemioloogia jaama peaarst H. Novek; Viljandi Rajoonihaigla peaarst D. Jakobišvili ja sanitaar-epidemioloogia jaama peaarst H. Pihlak.

Vabariigis on rajoonihaiglaid, kus voodikohtade arv ja arstide kollektiiv on väike. Need vajavad rajoonidevaheliste ja vabariiklike haiglate metoodilist abi. Neis rajoonides on nõrgalt korraldatud ka profülaktiline töö. Sellised rajoonihaiglad on Lihula, Mustvee, Orissaare jt.

Elanikkonna meditsiinjalase teenindamise kitsaskohaks on terapeutiline teenistus. Aruannete analüüsimine näitab, et umbes 20 protsenti polikliinikusse pöörduvatest haigetest vajavad terapeutilist abi, kuid terapeutide erikaal rajoonihaiglates ei vasta alati haigete arvule.

Haigestumuse vähendamise küsimused rajooni tööstusettevõtetes, masina-traktorijaamades ja sovhoosides peavad olema haigla meditsiinitöötajate erilise tähelepanu objektiks ja kuuluvad arutamisele rajoonide täitevkomiteede istungitel.

Üle 60 protsendi rasedatest võetakse meditsiinilisele järelevalvele alles raseduse hilisel perioodil. Õigeaegselt ilmuvad naised nõuandlasse Antsla, Kallaste ja Kose rajoonis. Väga madal on arvele võetud rasedate protsent Abja, Harju, Kilingi-Nõmme, Paide, Põltsamaa ja Valga rajoonis. Rasedate hiline ilmumine naistenõuandlasse soodustab rasedustoksikoosi juhtude arvu suurenemist, vigu raseduspuhkuse andmisel ja halvendab raseda sünnituseks ettevalmistamise kvaliteeti.

Psühhoprofülaktiline ettevalmistamine sünnituseks on mõnes rajoonihaiglas veel nõrk. Naistenõuandlad peavad ümber korraldama oma töösüsteemi ja parandama rasedate teenindamise kvaliteeti.

Vabariigi keskmistest näitajatest nõrgemaks jääb laste haigestumus ja suremus järgmistes rajoonihaiglates: Pärnu (pediaater A. Ilves), Hiiumaa (pediaater T. Jevdokumova), Jõgeva (pediaater M. Kaljurand), Kingissepa (pediaater E. Veskis), Lihula (pediaater T. Taare), Vastseliina (pediaater M. Kuklan), Väike-Maarja (pediaater S. Antma).

Elanikkonna teenindamise jaoskondlik-territoriaalne printsiip on ennast õigustanud. Teenindamise kvaliteedi edasisel parandamisel tuleb jaoskonnaprintsiipi tugevdada, luua ühtne arstijaoskond. Rajoonikeskuse jaoskonnas ei tohiks elanike arv ületada 4000, laste arv ühe pediaatri kohta on 900–1000. Haigla juhtkond peab hoolitsema normaalsete töötingimuste loomise eest jaoskonna terapeudile. Igal jaoskonnaarstil peab olema kaks meditsiiniõde. Tuleb välja töötada profülaktika kõige ratsionaalsemad vormid, tõsta dispanseerimise kvaliteeti ja efektiivsust, mitte piirduda ainult haigete arvele võtmisega, nagu mõnedes rajoonides, sest see riivab dispanseerimise autoriteeti. Dispanseris arvele võetud inimesi tuleb aktiivselt ravida, kõrvaldada haiguse põhjused.

Peab vähendama ajutise töövõimetusega seoses olevat haigestumist, selleks tuleb osutada erilist tähelepanu tööliste teenindamisele. Tuleb vältida mädanikulisi haigusi, traumasid ja radikuliite, mille tekkepõhjused ja profülaktika on meile hästi tuntud. Süstemaatiliselt peab parandama töö- ja elutingimusi.

Haigete meditsiinialase teenindamise kultuuri rajoonihaiglates tuleb järsult tõsta. Siin etendab suurt osa keskharidusega meditsiinipersonal. Haigla juhtkond peab omistama rohkem tähelepanu keskharidusega meditsiinkaadri kasvatamisele. Haiglates tuleb luua rohkem hubasust (lilled, kardinad), jälgida kaitsvat ravirežiimi jne.

Suur tähtsus on haigla tehnilisel varustatusel, mis reas haiglates ei vasta nõuetele, näiteks ruumide koristamise, pesupesemise mehhaniseerimise jt. aladel. Kõik need küsimused tuleb lahendada lähemate aastate jooksul.

Rajoonihaigla polikliiniline osa, mis suunab elanikkonna profülaktikaalast teenindamist, hakkab omandama ettenähtud kohta ja selle tsentraalseks lüliks peab olema terapeutiline abi.

Maa-elanikkonna meditsiinialase teenindamise kvaliteeti ja taset peab lähendama linna-elanikkonna teenindamise tasemele, tuleb tugevdada maa-jaoskonnahaiglaid ja velskri-ämmaemandapunkte, laiendada ja remontida ruume ning varustada neid vajalike diagnostikavahendite ja inventari-ga.

Maahaiglate ja ambulatooriumide ruumide laiendamisel ja kapitaalremondi teostamisel võivad abistada tööstusettevõtted ja kolhoosid. Linna- ja vabariiklikud haiglad ning dispanserid peavad tugevdama rajooni- ja maahaiglatele antavat erialalist abi.

Lähemate aastate jooksul tuleb lahendada rida aktuaalseid probleeme elanikkonna teenindamise parandamise alal. Korteritingimuste parandamise ning uute haiglate ja sanatooriumide ehitamise teel 1958—1965. a. peame varajase diagnoosimise ja ravimisega likvideerima tuberkuloosi kui massilise haiguse. Tõsiseid abinõusid profülaktika- ja ravialase töö parandamiseks tuleb rakendada südame- ja veresoontehaiguste puhul, mis moodustavad elanikkonna invaliidsuse ja suremuse alal suure protsendi.

Südame- ja veresoontehaiguste profülaktika koosneb laialdaste abinõude süsteemist, mis on suunatud võitlusele nende haiguste tekkimispõhjustega, näiteks võitlust müra ja vibratsiooniga tööstusettevõtetes ning õhu, vee ja pinnase saastumise vastu. Kasvab profülaktilise järelevalve tähtsus tööstus- ja eluhoonete ehitamisel. Mahajäämus sel alal tuleb meil lähemal ajal likvideerida. Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam peab muutuma teaduslikuks ja meetodiliseks keskuseks.

Tööstuse ja põllumajanduse tõus, mehhaniseerimine ja tehnilise varustatuse kasv ning uute tööstusettevõtete ja elumajade ehitamine muudavad järsult elutingimusi.

Sanitaarteenisust peab tugevdama hügieeniprobleemide teaduslikku lahendamist, näiteks võitlust müra ja vibratsiooniga tööstusettevõtetes ning õhu, vee ja pinnase saastumise vastu. Kasvab profülaktilise järelevalve tähtsus tööstus- ja eluhoonete ehitamisel. Mahajäämus sel alal tuleb meil lähemal ajal likvideerida. Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam peab muutuma teaduslikuks ja meetodiliseks keskuseks.

Haiglate töös tuleb saavutada olukord, et rajooni terapeut, kirurg, pediaater ja teised eriarstid oma väljasõitudel lahendaksid rööbiti oma tööga ka sanitaaralaseid ja epideemiatõrje küsimusi, iga sanitaar-epidemioloogiaosakonna töötaja aga oleks informeeritud elanikkonna haigestumisest ja kõigist raviküsimustest. See lahendaks kindlasti ravi- ja profülaktikaalast teenindamist.

Kompleksne töö ning tihe side maajaoskonna meditsiinitöötajate ja rajoonihaiglate töötajate vahel parandavad tunduvalt maa-elanikkonna sanitaaralast teenindamist.

Sanitaararstid peavad igas kvartalis analüüsima ajutise töövõime-tusega haigestumist. Sellest peavad osa võtma ka terapeutid ja kirurgid.

Selle analüüsi põhjal töötatakse välja ja rakendatakse ellu ravi- ja sanitaaralased abinõud.

Peaarsti asetäitja sanitaar-epideemiatõrje töö alal ei ole enam koormatud administratiivsete ja majanduslike kohustustega, mida tal tuli varem täita, nüüd võib ta täielikult pühenduda profülaktikaalasele tööle.

Arstijaoskondade osatähtsus sanitaaralastes ja epideemiatõrje üritustes tõuseb järsult. Sanitaarvelskrite olemasolu arstijaoskondades lähendab sanitaarteenistust maaelanikkonnale, kolhoosidele, sovhoosidele ja masina-traktorijaamadele. Sanitaarala töötajad peavad süstemaatiliselt külastama jaoskonna territooriumil asuvaid objekte ja kontrollima neile antud profülaktikaalaste ülesannete täitmist.

Tähtsaks meetodiliseks abinõuks maaelanikkonna meditsiinilase teenindamise parandamisel on rajoonihaiglate meetodilise juhtimise parandamine vabariiklike haiglate, Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ja Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistide poolt.

Nende vältimatuks ülesandeks on perifeeriaasutuste töömeetodite ja vormide muutmine. Igaüks neist peab suunama oma töö rajoonihaigla vastavate lülide tugevdamisele vastavalt oma profiilile kui ka maa- ja rajoonihaiglate arstide ning velskri-ämmaemandapunktide töötajate teadmiste tõstmisele. Tuleb aidata rajoonihaiglais tõsta vajalikule tasemele haigestumuse ja suremuse uurimine, nende põhjuste analüüsimine ja välja töötada organisatsiooni-, diagnostika-, ravi- ja profülaktikaalane kompleksplaan, sest see on tähtsamaid abinõusid rajooni tervishoiualase töö parandamisel.

Iga konsulteeritava ja linna- ning vabariiklikust haiglast väljakirjutatava haige teenindamise pidevaks jälgimiseks tuleb talle anda vahetuskaart, kuhu märgitakse diagnoos, teostatud ravi, soovitatav režiim, profülaktikaalased abinõud, samuti ka haiget saatnud arsti vead.

Elanikkonna meditsiinilase teenindamise kvaliteedi parandamisel ja meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmisel on suur tähtsus praktiliste teaduslike konverentside ja seminaride korraldamisel rajoonihaiglas, kus arutatakse aktuaalseid küsimusi ja konkreetseid fakte.

Ei ole kahtlust, et rajoonihaigla kogu kollektiivi loomungulise pingutuse tagajärjel paraneb elanikkonna meditsiiniline teenindamine veelgi ning väheneb ka haigestumus ja suremus.

Kirjandus

1. Сборник положений о работе городской больницы Министерства здравоохранения СССР. М., 1948.
2. Временное положение о районной больнице. Приложение к приказу министра здравоохранения СССР № 24 от 8 февраля 1957 г.
3. Годовые отчеты районных больниц Эст. ССР за 1957 год.
4. Протоколы комиссии по приему годовых отчетов за 1957 год.
5. Лекарев А. — Медслужба села в новых условиях. Мед. работник от 14 марта 1958 г.
6. Новые условия — новые задачи. Мед. работник от 11 марта 1958 г.

За улучшение работы районной больницы

А. Нордберг

Резюме

Районная больница представляет собой комплекс лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, осуществляющая организационно-методическое руководство учреждениями здравоохранения района. Основной задачей районной больницы является всемерное укрепление здоровья населения как непосредственно, так и через другие учреждения здравоохранения района путем целого ряда мероприятий, направленных на проведение профилактики и своевременное лечение заболеваний, снижение общей и детской смертности, оздоровление условий труда и быта населения.

Участково-территориальный принцип стал основным методом работы больницы, но это требует дальнейшего укрепления.

Амбулаторно-поликлинический раздел районной больницы, осуществляющий профилактическую работу, должен занимать ведущее место, центральным звеном которого является терапевтическая служба, охватывающая около 20% всех больных, обращающихся в амбулаторию. Из всех нуждающихся в медицинской помощи только около 15% необходимо стационарное лечение, а примерно 85% получают медицинскую помощь в амбулатории (поликлинике).

По данным годовых отчетов, около 70% населения районов получают квалифицированную стационарную помощь и примерно 95% — амбулаторное лечение в районных и сельских больницах; около 30% стационарной и 5% амбулаторно-поликлинической помощи население районов получает в городских и республиканских больницах.

Анализ деятельности районных больниц по медико-санитарному обслуживанию населения Эстонской ССР за 1957 год показывает рост сети и медицинских кадров, улучшение качества и культуры их работы. Реорганизация районного звена позволила сконцентрировать все руководство делом здравоохранения в районной больнице, создала единство лечебной и профилактической работы, — все это подняло ответственность всего коллектива за качественное медико-санитарное обслуживание населения района.

Большинство районных больниц правильно восприняли задачи, которые стояли перед ними в новых условиях, стали комплексно решать все вопросы здравоохранения в районе, составляли комплексные планы на квартал. Так поступили районные больницы: Кивиыли (главный врач О. Кладова, зам. главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам З. Воробьева), Тапа (главный врач Н. Аяста, зам. главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам Е. Оясалу), Йыгева (главный врач Э. Михкельсоо, зам. главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам Г. Дарчия), Пылва (главный врач районной больницы Х. Рауд, зам. главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам А. Кютт), Тюри (главный врач С. Ратник, зам. главного врача по эпидемиологическим вопросам В. Увен), Отепя (главный врач Л. Раага, зам. главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам А. Вайну). В этих больницах заместитель по санитарно-эпидемиологическим вопросам принимает участие в утренних пятиминутках, информирует весь коллектив о ходе работы больницы и ставит конкретные задачи по проведению санитарно-оздоровительных мероприятий среди населения. Врачами лечебной сети совместно с санитарно-эпидемиологическими работниками проводится диспансеризация механизаторов и колхозников, ведется борьба за оздоровление труда и создание нормальных санитарных условий для трудящихся. Эти районные больницы стали ведущим организационно-методическим консультативным центром в районе, оказывающим значительное влияние на качество работы сельских врачебных участков и фельдшерско-акушерских пунктов.

Специалисты районной больницы теперь чаще выезжают на врачебные участки для оказания конкретной помощи, проявляют большую заботу о повышении квалификации врачей и средних медицинских работников.

В названных районах значительно улучшились показатели медико-санитарного обслуживания населения, снизились заболеваемость и детская смертность.

Хорошо организована работа детских консультаций и улучшено обслуживание детей. Снизились детская заболеваемость и смертность в течение первого года жизни в районах: Антсла (педиатр В. Сикк) — до 1,5%, Калласте (педиатр Г. Мироненко) — до 1,8%, Кейла (педиатр О. Библова) — до 0,6%, Килинги-Нымме (педиатр А. Тари) — до 1,3%, Тарту (педиатр Л. Мейпалу) — до 1,9%, Тывра (педиатр А. Киккас) — до 1,7%, Валга (педиатр Н. Пакленкова) — до 1,7%, Эльва (педиатр В. Лаане) — до 1,3%.

Значительно снизили раннюю детскую смертность в 1957 году, по сравнению с 1956 годом, районные больницы Йыхви, Кивиыли, Ориссааре, Пылтсамаа, Тюри.

Однако еще не все районные больницы перестроили свою работу, хотя и неплохо проводят лечение в стационарах, имеют квалифицированный коллектив врачей, оказывают консультативную помощь другим районам, но часто недооценивают амбулаторно-поликлинический раздел работы, слабо проводят профилактические мероприятия, планы профилактических осмотров и предохранительных прививок не выполняют, диспансеризация ограничивается взятием на учет, недостаточно проводится оздоровление условий труда и быта. Руководство сельскими врачебными участками не носит систематического характера.

К таким больницам можно отнести: Эльва (главный врач К. Беллен, зам. главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам П. Микк), районная больница Йыхви (главный врач С. Лойферман, главный врач СЭС Г. Розум), Пайде (главный врач И. Браун, главный врач СЭС Х. Новек), Вильянди (главный врач Д. Якобшвили, главный врач СЭС Х. Пихлак).

В республике имеются районные больницы, которые располагают еще относительно слабой коечной базой и небольшим врачебным коллективом. Они нуждаются как в больничной, так и в методической помощи со стороны межрайонных и республиканских больниц. В этих районах слабо поставлена и профилактическая работа. Для примера можно привести районные больницы Лихула, Муствэе и Ориссааре.

Вопросы снижения заболеваемости на промышленных предприятиях, в МТС и совхозах районов должны находиться под особым вниманием медицинских работников больницы, быть предметом специального обсуждения на районном исполкоме СДТ.

Свыше 60% беременных женщин поступают под наблюдение медицинских работников в поздние сроки беременности. При сравнительно удовлетворительной явке женщин в ранние сроки беременности в женские консультации районов Антсла, Калласте и Косе, очень низок процент учитываемых беременных в женских консультациях районов Абъя, Харью, Килинги-Нымме, Пайде, Пылтсамаа и Валга. Позднее обращение беременных в женские консультации влечет за собой увеличение токсикозов беременности, ошибки в выдаче декретных отпусков и снижение качества подготовки беременных к родам.

Психопрофилактическая подготовка к родам в некоторых районных больницах ведется еще недостаточно. Женские консультации должны пересмотреть систему своей работы и улучшить качество обслуживания женщин.

Выше среднереспубликанской остаются еще детская заболеваемость и смертность в районных больницах: Пярну (педиатр А. Ильвес), Хийумаа (педиатр Т. Евдокимова), Йыгева (педиатр Г. Кальюранд), Кингисепп (педиатр Э. Вескис), Лихула (педиатр Т. Тааре), Вастселийна (педиатр М. Куклан), Вяйке-Маарья (педиатр С. Антма).

Adrenokortikotroopse hormooni ja kortisooni rakendamisest kliinilises meditsiinis

K. Kõrge

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent K. Kõrge)

Hüpopüüsi eessagara adrenokortikotroopne hormoon (AKTH) ja neerupealiste koorolluse steroidhormoonid on viimastel aastatel leidnud üha laialdasemat rakendamist praktilises meditsiinis ja huvi nimetatud preparaatide omapärase bioloogilise toime ning terapeutilise kasutatavuse vastu elavneb pidevalt. Sellest lähtudes püüame alljärgnevalt anda põgusa ülevaate mainitud küsimuse seisukorrast tänapäeval, toetudes nii sellekohasele kirjandusele kui ka mõningatele isiklikele kogemustele Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonnas.

Neerupealiste koorolluse steroidhormoone ja nende mitmesuguseid derivaate tuntakse praegu ligi 30, millest aga ainult viiel on füsioloogiliselt toimiva hormooni omadused.

Nende füsioloogilise toime järgi rühmitab enamik autoreid neerupealiste koorolluse hormoone alljärgnevalt:

1. Androkortikosteroidid, mille liigproduktsoon viib adrenogenitaalse sündroomi väljakujunemisele. Terapeutilist tähtsust nimetatud ühendid ei oma.

2. Mineralokortikoidid, mille peaesindajaks neerupealistes on aldosteroon. Teraapias kasutatakse sünteetiliselt saadud desoksükortikosterooni. Selle rühma hormoonid põhjustavad keedusoola ja vee retentsiooni organismis ning kaaliumi suurenenud eritumist. Aldosterooniga kaasa arvamata tõstavad mineralokortikoidid ka vererõhku. Teraapias kasutatakse desoksükortikosterooni neerupealiste puudulikkuse puhul.

3. Glükokortikoidid. Siia rühma kuulub esiteks Kendall'i poolt (1936. a.) veise neerupealiste koorollusest saadud kortisoon (11-dehüdro-17-oksükortikosteroon) ja aasta hiljem Reichstein'i poolt isoleeritud hüdrokortisoon (17-hüdroksükortikosteroon). Alates 1946. aastast loodetakse kortisooni sünteetiliselt desoksükoolhapest. Viimaseil aastail on sellesse rühma lisandunud veel mitmed tugeva bioloogilise toi-

mega sünteetilised steroidpreparaadid, nagu prednisoon ja prednisoloon — kortisooni *resp.* hüdrokortisooni küllastamata derivaadid. Glükokortikoidide kasutamine teraapias toimub nii neerupealiste insufitsientsuse kompenseerimise eesmärgil kui ka arvukatel muudel näidustustel, mida võimaldab nimetatud ühendite üllatavalt laiahaardeline bioloogiline mõju.

Nimetatud hormoonide silmapaistvamaks omaduseks on nende põletikku pärssiv toime, mille tõttu Selye (12) nimetabki kortisooni ja hüdrokortisooni «antiflogistilisteks hormoonideks» vastupidiselt «proflogistilistele» mineralokortikoididele, mis mõjuvad üldiselt põletikulist protsessi stimuleerivalt. Kortisoon pidurdab nii normergilist kui ka hüperergilist põletikku (13).

Põletiku pärssimisel glükokortikoidide toimel omab suurt tähtsust nende hormoonide kapillaaride ja kudede permeaabelsust alandav mõju, mille tulemusena väheneb eksudatsioon. Kortisooni permeaabelsust vähendav toime on nähtavasti tihedalt seotud tema mõjuga ferment hüaluronidaasile. Viimane polümeriseerib teatavasti sidekoe põhisubstantsi mukopolüsahhariide, peamiselt nende hulka kuuluvat hüaluroonhapet, mille tulemusena kudede permeaabelsus tõuseb. Hüaluronidaasi hulk kudedes suureneb näiteks vigastuste, pahaloomuliste kasvajate ja bakteriaalsete infektsioonide puhul; hüaluronidaasi sisaldab ka maomürk (14, 15).

Erilist teoreetilist ja praktilist tähtsust omab kortisooni ja teiste glükokortikoidide antiallergiline mõju. Nimetatud ühendid on tugevamad tänapäeval tuntud organismi desensibiliseerijad. Kortisooni abil võib pidurdada nii lokaalset hüperergilist põletikku kui ka organismi üldist anafülaktilist reaktsiooni (12, 16, 17 jt.). Esialgne arvamus, et mainitud toime põhineb antikehade produktsiooni pärssimisel kortisooni läbi, ei ole leidnud kinnitust. Seniste uurimuste põhjal tulevad siin arvesse White'i (18) järgi alljärgnevad võimalused:

Kortisoon: 1) takistab spetsiifilise antikeha ja antigeeni kontsentreerumist rakkudes, 2) pärsib kudedes faktoreid, mis mõjustavad antigeeni ühinemist antikehaga ja 3) pidurdab toksiliste produktide vabanemist, mis moodustuvad antigeen-antikeha reaktsiooni puhul rakkudes (histamiin?).

Kortisooni toimel pidurdub ka sidekoe proliferatsiooniprotsess, fibroblastide arvu suurenemine ja nende diferentseerumine fibrotsüütideks. See pärsib granulatsioonikoe moodustumist haavades, armkoe tekkimist ja ka luukoe regeneratsiooni.

Kortisoonil on ka palavikku vähendav ja valuvaigistav mõju.

Iseloomulikud on ka muutused, mis tekivad glükokortikoidide mõjul perifeerses veres: eosinofiilsete leukotsüütide arv langeb tugevasti; areneb lümfopeenia koos kogu lümfaatilise süsteemi pärssimisega ja neutrofiilne leukotsütoos (11, 19 jt.). Suureneb süsivesikute moodustumine valkudest, mille tagajärjel areneb negatiivne lämmastikubilanss ja hüperglükeemia. Ka glükokortikoididest avaldab osa mõju vee- ja mineraalainevahetusele, põhjustades keedusoola ja vee retentsiooni (kuni tursete tekkimiseni!) ja kaaliumi ning kaltsiumi ekskretsiooni suurenemist. Viimane võib viia kuni osteoporoosi tekkimiseni, mida täheldatakse teatavasti ka Itsenko-Cushing'i sündroomi puhul.

Glükokortikoidide mõju mineraalainetevahetusele näitab, et neerupealiste koorolluse steroidhormoonide rühmitamine mineralo- ja glükokortikoidideks ei ole täiesti põhjendatud.

Väga huvitav on ka kortisooni ja teiste selle rühma hormoonühendite mõju kesknärvisüsteemile. Juba Selye (12) viitas steroidhormoonide sedatiivsele toimele loomaeksperimentis. Põšina (20), samuti ka Nikolov (21) näitasid, et kortisoon ning AKTH põhjustavad algul ärritusprotsesside, hiljem pidurduse kontsentreerumist kesknärvisüsteemis. Kortisooni väik-

semad annused tekitavad eufooriat, suuremate annuste toimetel kujuneb hiljem ülepiirilise pidurdus.

Organismis loomulikult esinevaks hormooniks on hüdrokortisoon, mida neerupealised produtseerivad ööpäevas umbes 25 mg.

Neerupealiste koorolluse hormoonide — esijoonelise glükokortikoidide sekretsiooni stimuleerib hüpofüüsi eessagara basofiilsete rakkude poolt produtseeritav adrenokortikotroopne hormoon (AKTH), mille Li ja tema kaastöölised isoleerisid puhtal kujul sea ajuripatseist 1943. aastal. AKTH on suure bioloogilise aktiivsusega polüpeptiid, mida praegu on võimalik isoleerida kristallidena. AKTH sekretsioon on hüpotaalamuses asetsevate tuumade ja ajukoore kontrolli all. Hormoon ise on füsioloogiliselt inertne, neerupealisteta indiviidile ta mõju ei avalda. Seega on võimalik AKTH terapeutilisel eesmärgil kasutada ainult juhul, kui neerupealiste koorollus on küllalt funktsioonivõimeline. Eelpoolmainitust järeldeb, et AKTH toime vastab praktiliselt kortisooni omale. Kortisoon omakorda aga pidurdab ajuripatsi AKTH produktsiooni, mille tõttu kestvam kortisoonravi põhjustab neerupealiste koorolluse atroofiat viimase füsioloogilise stimuleerija puudumise tagajärjel. Neerupealiste talitus taastub, kui kortisooni enam ei manustata ja organismi viiakse AKTH.

Minnes järgnevalt kortisooni ja AKTH praktilise rakendatavuse käsitlemisele võib ütelda, et selle teraapia n. ö. füsioloogilisemaks vormiks on AKTH-ravi. Kortisooni manustamine on aga tingimata näidustatud juhtudel, kui mingisuguse patoloogilise protsessi tagajärjel on tekkinud neerupealiste kahjustus (näiteks põletuse või trauma tagajärjel tekkinud šokiseisund, rasked infektsioonid, intoksikatsioonid jne.), mille puhul neerupealiste stimuleerimine AKTH-ga ei anna efekti.

Neerupealiste seisundis orienteerumiseks teostatakse mitmesuguseid neerupealiste funktsiooniproove. Lihtsaim neist on nn. Thorn'i test (19), mille puhul uuritaval määratakse eosinofiilsete leukotsüütide arv perifeerses veres, seejärel süstitakse temale 25 ühikut AKTH ja määratakse eosinofiilide arv nelja tunni möödudes uuesti. Normaalse, funktsioonivõimeliste neerupealiste puhul langeb eosinofiilide arv sel puhul vähemalt 50%, võrra. Neerupealiste puudulikkuse puhul niisugust langust ei toimu. Täpsemateks funktsiooniproovideks on 17-ketosteroidide ja oksükortikosteroidide ekskretsiooni jälgimine pärast AKTH manustamist, mis intaktsete neerupealiste puhul tunduvalt tõuseb.

AKTH- ja kortisoonravi vastunäidustuseks on järgmised seisundid: väljakujunenud arteriaalne hüpertoonia, diabeet, Itsenko-Cushing'i sündroom, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, osteoporoos ja psühhoosid. Relatiivseiks vastunäidustusteks on kardiovaskulaarne insufitsientsus, kaugemale arenenud ateroskleroos ja trombo-emboolilised protsessid (kortisoon suurendab vere hüübivust), rasedus ja nakkuslikud protsessid, kui viimaste puhul ei ole võimalik rakendada efektiivset antibiootikumide ravi.

AKTH- ja kortisoonravi metoodika ja doseerimise kohta võib ütelda järgmist: AKTH ööpäevaseks annuseks on 40 kuni 100 ühikut (tavaliselt 40—60 ü), jaotatuna neljale intramuskulaarsele süstele. Ökoonoomsem ja tunduvalt mõjuvam on nimetatud hormooni manustamine veenisiseses tilkinfusioonina (22), mille puhul piisab 5 kuni 10 ü AKTH-st 500 ml viieprotsendilises glükoosilahuses. AKTH on aga valgulise struktuuriga aine, sellepärast tuleb kestvama veenisiseses manustamise puhul arvestada anafülaktiliste nähtude tekkimise võimalust. Väga praktilised on AKTH depoopreparaadid (AKTH-tsinkfosfaat), mille 40 ühikut annab sama efekti kui 100 ühikut kudedes kiiresti lõhustuvat tavalist preparaati.

Kortisooni manustatakse võrdse efektiga nii intramuskulaarselt kui ka tablettidena suu kaudu. Annused on haiguste krooniliste seisundite puhul ravi algul 80—100 mg kuni kliinilise efekti saavutamiseni. See-

järel vähendatakse kortisooni annust kuni mõjuva minimaalse püsiva annuse leidmiseni, mille abil viiakse ravi lõpule. Kless'i (9) andmeil ei tohiks niisugune püsiv annus meestel ületada 50 mg, naistel 30—35 mg päevas. Eluohustavate akuutsete haigusseisundite puhul (šokk, raske reumaatiline pankardiit jt.) on otstarbekohane ravi alustada esimesel päeval 300—400 mg kortisooniga, jätkates seda teisel päeval 200 ja kolmandal päeval 100 milligrammiga, millele järgneb pärast ohtlike nähtude möödumist jälle annuse aeglane vähendamine.

Hüdrokortisooni annus on umbes $\frac{3}{4}$ kortisooni annusest. Hüdrokortisooni manustatakse ka lokaalselt, näiteks otse põletikulisse liigesesse.

Käsitletavatest preparaatidest on kõige intensiivsem toime prednisoonil ja prednisoloonil, mis mõjuvad umbes 4—5 korda kortisoonist tugevamini. Seega võib saavutada raviefekti juba 10—20 mg prednisooni või prednisolooniga päevas. Neid preparaate võib manustada samuti ka suu kaudu. Nende eriliseks omapäraks ja eeliseks on see, et nad praktiliselt ei põhjusta keedusoola ja vee retentsiooni ega ka olulisemat vererõhu tõusu. Selle tõttu sobivad need preparaadid eriti tursete tekkimise võimaluse puhul.

Et kortisoon pidurdab tugevasti neerupealiste koorolluse talitlust, on vaja enne kortisoonravi lõpetamist umbes nädala jooksul manustada AKTH, et tõsta uuesti neerupealiste aktiivsust.

Kestvama kortisoonravi puhul on vaja keedusoola- ja veevaene dieet, et vältida liigset vee retentsiooni. Samuti on tarvis tähelepanu pöörata ka kaaliumi küllaldasele juurdevoolule. Üldiselt soovitatakse 100 mg kortisooni kohta päevas manustada 1—2 kal. *citricum*'i. Rikkalikult tuleb organismi varustada ka C-vitamiiniga. Haige toit olgu mitmekesine ja valgurikas. Trombooside tekkimise võimaluse puhul manustatagu antikoagulant, sest kortisoon soodustab trombide moodustumist.

Kortisoonravi puhul esinevatest komplikatsioonidest tuleks nimetada esiteks üledoseerimise resultaadinähtudeks Itsenko-Cushing'i sündroomi, arteriaalset hüpertooniat, glükosuuriat, arteriaalseid ja venoosseid tromboose. Võivad tekkida tursed. Bakteriaalsed infektsioonid võivad kortisoonravi puhul ägeneda ja generaliseeruda, kui ei rakendata samaaegselt mõjuvaid antibiootikume. Lõpuks võib pikemat aega kestnud kortisoonravi põhjustada üksikjuhtudel ka psüühilisi häireid. Enamik kirjeldatud tüsistustest on mööduva iseloomuga, kadudes pärast kortisoonravi katkestamist.

AKTH- ja kortisoonravi puhul tuleb silmas pidada, et nimetatud hormoonidega mõjustame ainult üht antud haiguse tekkemehhanismi komponenti, s. o. organismi reaktiivsust. Me vähendame nimetatud ravi abil patoloogiliste reaktsioonide intensiivsust, mis arenevad organismile mõjuvate patogeensete ärrituste tagajärjel. Sellest tuleneb vajadus hormoonravi rakendada kombineeritult teiste ravimenetlustega, esijoones etiotroopselt mõjuvate vahenditega.

AKTH- ja kortisoonravi on näidustatud esijoones organismi hüperergilistel reaktsioonidel põhinevate haigusseisundite puhul. Nende hulka kuulub eelkõige akuutne reumatism oma mitmesuguste vormidega. Just reumaatiliste polüartriitide puhul võeti kortisoon 1949. aastal esmakordselt ravimina kasutusele Hench'i ja tema kaastööliste poolt (23). Vaidlused hormoonravi eeliste üle võrreldes reumatismi muude ravimeetoditega ei ole veel kaugeltki lõppenud, kuid tundub, et võime nõustuda Kassirski (14) seisukohaga, kes annab nimetatud ravile positiivse hinnangu. Seniste üsna arvukate publikatsioonide alusel on põhjust arvata, et küllalt varajase energilise ja kestva hormoonravi abil on võimalik vältida ka südame püsivate kahjustuste väljakujunemist (8, 14, 25 jt.). AKTH- ja kortisoonravi mõjul pidurduvad nii eksudatiivsed-alte-ratiivsed protsessid kudedes, kui ka sidekoe proliferatsioon ning reumaatiline skleroos. Hormoonravi soovitatakse alustada ägeda reumatismi

puhul 200—300 mg kortisooniga esimesel ja 200—100 milligrammiga järgnevatel päevadel, kuni protsessi ägedate nähtude vaibumiseni (5, 8, 11, 24 jt). Otstarbekohaseks võib pidada ka hormoonravi kombineerimist teiste antireumaatiliste vahenditega (salitsüülnaatrium, butadioon). Kõige silmapaistvamat ja — nagu mõned autorid (10) tähendavad — mõnikord otse «dramaatilist» efekti on kortisoonraviga võimalik saavutada reumaatilise eksudatiivse perikardiidi puhul. Hormoonravi soodsat efekti niisuguste seisundite puhul kinnitavad ka meie kliniku kogemused.

Ravi liiga varajasel katkestamisel ägeneb reumaatiline protsess küllalt sageli uuesti. Püsiva efekti saavutamiseks reumaatiliste seisundite ravimisel tuleb ravi süstemaatiliselt jätkata ka pärast kliiniliste nähtude vaibumist (kokku 6—12 nädalat).

Laialdaselt kasutatakse hormoonteraapiat ka ravile sageli väga visalt alluva mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidi (nn. reumatoidse polüartriidi) puhul (25, 26, 27 jt.). Meie kogemuste järgi on siin ravi efektiivsus tunduvalt vähem kui akuutse reumatismi puhul. Osal juhtudest on võimalik ravi ajal saavutada haigusnähtude küllalt tugevat taandarenemist, kuid pärast ravi lõpetamist esineb ägenemisi sagedamini kui reumatismi puhul. Osal juhtudest on ka vahetu raviefekt õige mõõdukas või isegi puudub. Kaheldamatult omab siin olulist tähtsust doseerimine — meil kogemusi kortisooni suurte annuste kestvama manustamisega ei ole. Kõigele vaatamata jääb polüartriidi nimetatud vorm ka edaspidi AKTH- ja kortisoonravinäidustuste hulka ja meie võime üksikjuhtudel ikka uuesti kogeda, et nimetatud ravimeetod võib anda lühemaid või pikemaid paranemisperioode seal, kus teised menetlused jäid tagajärgedeta. Ka mainitud haigusjuhtudel tuleb hormoonravi teostada komplekselt muude menetlustega (füsioteraapia, antibiootikumid, nakkuskollete saneerimine jne.).

Mitmete autorite kogemuste põhjal [West ja News (28) jt.] annab hormoonravi infektsioosse polüartriidi puhul positiivseid tulemusi väga kestva rakendamise korral (1 kuni 2 aastat!).

AKTH- ja kortisoonravi kasutatakse ka nn. kollagenooside muude vormide puhul, kuhu kuuluvad Klempereri jt. autorite järgi peale reumatismi ja reumatoidse polüartriidi veel *periarteritis nodosa*, *lupus erythematodes*, dermatomüosiit, sklerodermia ja veel mõned teised haigused, mida ühise joonena iseloomustab sidekoe fibrinoidne degeneratsioon.

Hea terapeutilise efektiga on AKTH ja kortisoon mõnede akuutsete allergiliste haigusseisundite puhul. Nii oleme täheldanud häid tulemusi näiteks penitsilliini-urtikaaria ravimisel AKTH-ga.

Üheks hormoonteraapiaga mõjustatavaks haigusseisundiks on ka bronhiaalastma. Arnoldson ja Pipkorn (29) said hormoonraviga positiivse efekti 63 protsendil 54-st muudele ravimeetodeile resistentsest juhust. Kania ja Schmid'i (30) andmeil vabanes AKTH abil vaevustest 111-st astmaatikust 85 patsienti. Kogan (31) saavutas hormoonraviga 26-st juhust hea ja väga hea raviefekti, 16-l patsiendil. Analoogilisi tulemusi kirjeldavad ka teised autorid (32, 33). Eriti silmapaistvat efekti võib saavutada kortisooniga isegi juhtudel, kui muud ravimenetlused ei mõjunud. Kogan (31) soovitab astma puhul AKTH manustamist tilk-infusioonina annuses 10 ühikut koos 0,24 g eufülliiniga 1000 ml viieprotsendilises glükoosilahuses. Kuid nagu reumatismi, nii ka bronhiaalastma puhul ei saa ka hormoonraviga garanteerida püsivat tervistumist. Jääb püsima ikkagi retsidiivide oht. Seetõttu on vaja, et ka pärast edukat AKTH- ja kortisoonravi püütakse saavutatud tulemusi kindlustada täiendavate profülaktika- ja ravialaste menetlustega (elu- ja töötingimuste reguleerimine, kliimavahetus, nakkuskollete saneerimine jne.).

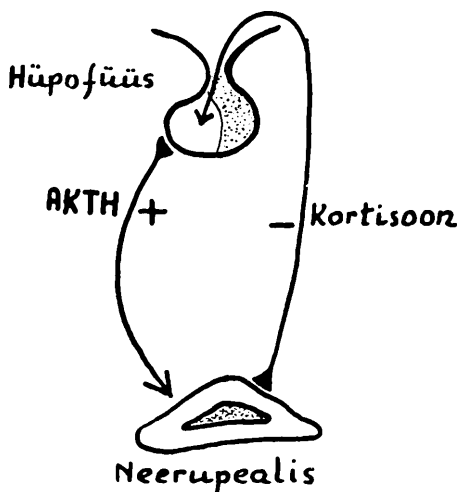
Häid ravitulemusi on saavutatud kortisooniga ka põletuste, traumade ja operatsioonide puhul areneva šokiseisundi vastu võitlemisel (4,

8 jt.). Hormoonravi rakendamist soovitavad paljud autorid enne operatsiooni ja operatsiooni ajal, eriti juhul, kui vastavad testid näitavad neerupealiste koorolluse funktsioonivõime kahanemist. Kui aga enne operatsiooni manustati patsiendile kestvamalt kortisooni, mis viis neerupealiste koorolluse atroofiale, võivad operatsiooniga seoses tekkida ohtlikud komplikatsioonid. Viimaste vältimiseks tuleb patsientidele vahetult enne operatsiooni ja selle ajal manustada tavalisest suuremaid kortisooniannuseid (200—300 mg), vähendades annust 5—7 päeva kestel pärast operatsiooni (4).

Neerupealiste koorolluse hormoonide šokivastast, antiflogistilist ja antitoksilist toimet kasutatakse kirurgias ka muude näidustuste puhul.

Verehaiguste puhul võib hormoonraviga teatavat edu saavutada antigeen-antikeha reaktsiooni (autoantikehad, ravimitest tingitud ülitundlikkus) alusel areneva hemolüütilise aneemia ja agranulotsütoosi puhul (11).

Suurt teoreetilist ja praktilist huvi pakub AKTH- ja kortisoonravi küsimus nakkuslike protsesside puhul. Nagu eespool tähendatud, pidurdab kortisoon küll põletikulist protsessi, soodustab aga samal ajal infektsiooni levikut. Sel põhjusel peeti kortisoonravi algperioodis infektsioosseid protsesse vastunäidustuseks kortisooniga ravimisel. Nii kir-



Joonis 1. Hüpfüüsi eessagara poolt produtseeritud adrenokortikotroopse hormooni (AKTH) ja neerupealiste koorolluse hormooni kortisooni vastastikune mõju

jeldasid Hart ja Rees (34) loomeksperimenti tagajärjel esimestena tuberkuloosi aktiveerumist kortisooni mõjul, millele järgnesid üsna mitmed samasuunalised tähelepanekud.

Praegu on need seisukohad tunduvalt muutunud. Kasutades rööbiti hormoonteraapiaga antibiootikume, võib raviefekti mitmete nakkusprotsesside puhul tunduvalt suurendada. Mõne aasta eest oli meil (35) võimalus demonstreerida neerupealiste koorolluse insuliini abil stimuleerimise soodsa toimet alaägeda septilise endokardiidi kulgemisele, manustades patsiendile samal ajal antibiootikume. Hilisemad kogemused AKTH ja kortisooniga kinnitasid neid tähelepanekuid: vahetu raviefekt niisuguse desensibiliseeriva ja antibiootilise ravi kombineerimisel paranes märgatavalt. Asusime seisukohale, et üldise põletikuvastase toime kõrval suurendab AKTH, resp. kortisoon, organismi desensibiliseerimise teel ka antibiootikumi mõju. Sel arvamusel on ka mõned teised autorid [Tilling (36) jt.]. Niisugust kombineeritud ravi nakkushaiguste puhul rakendades tuleb muidugi silmas pidada, et kasutatav antibiootikum omaks kindlat

bakteriostaatilist toimet patogeensetele mikroobidele, sest vastupidisel juhul võib haige seisund halveneda.

Kuid ka *endocarditis lenta* puhul kirjeldatud teraapia rakendamisel arvestada küllalt sagedaste retsidiividega, nagu seda näitasid ka meie kogemused. On võimalik, et ravi varajane algus ja veelgi pikem kestus aitavad suurendada positiivsete kaugtulemuste protsenti. Saatuslikuks saavad patsientidele sageli ka kardiovaskulaarne insufitsientsus, mis progresseerub, vaatamata aktiivse endokardiitilise protsessi kustumisele, samuti nefroosi-nefriidi ja neerude puudulikkuse väljakujunemine.

Hormoonravi koos antibiootikumidega kasutatakse tänapäeval veel rea teiste nakkushaiguste puhul. Streptomütsiin- ja PAS-ravi kombineerituna AKTH-ga osutus tunduvalt mõjuvamaks, kui *tuberkuloosi* vastane ravi üksi (37, 38, 39, 40 jt.). N. A. Šmeljov, M. S. Bojaršina ja Z. V. Matjušina (41) manustasid AKTH-i *tuberkuloosi* mitmesuguste vormide puhul järgmistel näidustustel: 1) antibakteriaalse ravi efekti puudumine, 2) neerupealiste koorolluse puudulikkusenähtude esinemine ja 3) antibakteriaalsete preparaatide talumatus. Eriti head efekti täheldati niisuguse kombineeritud ravi rakendamisel *tuberkuloosse* meningiidi puhul (42).

AKTH-i on edukalt kasutatud ka brutselloosi puhul, lisades ka siin hormoonpreparaadile antibiootikume (43).

Tilling (36) kirjeldab niisuguse kombineeritud ravi efektiivsust ka mitmete *akutsete nakkushaiguste* puhul, nagu infektsioosne mononukleosis, pneumooniad ja septilised seisundid. Manustatuna koos kloromütsetiiniga on kortisooni abil saadud häid tulemusi ka kõhutüüfuse ravimisel, kusjuures kortisooniannusega 300 mg päevas langes haigete kehatemperatuur keskmiselt 15,5 tunni jooksul.

Ka raske perforatsiooniperitoniidi puhul on kombineeritud antibiootikum- ja kortisoonravi toime tunduvalt tõhusam, tänu hormonaalse komponendi antiflogistilisele, antitoksilisele ja šokivastasele mõjule (44, 45 jt.).

Huvi pakuvad ka kogemused, mis on saadud *maksa ja pankrease* raskete kahjustuste ravimisel AKTH ja kortisooniga.

Siegenthaler ja Soter (46) kirjeldasid 1955. aastal epideemilise hepatiidi edukat ravimist kortisooniga. Niisuguse teraapia tõhusust kinnitasid hiljem ka Heilmeyer, Schmid, Kühn (47) jt. Nimetatud autorid kirjeldavad AKTH- resp. kortisoonravi puhul haigete enesetunde ja isu kiiret paranemist, vereseerumi bilirubiinisalduse kiiret langust ja ikteruse kadumist. Siegenthaler ja Züher (48) kasutasid hepatiitide ravimisel edukalt prednisooni, annuses 30 mg päevas, 10 päeva kestel ja soovitasid hormoonravi rakendada eriti hepatiidi raskemate vormide puhul. Mitu autorit on kortisooniga saavutanud häid tulemusi ka maksainsufitsientsuse ja hepaatilise kooma juhtudel [Heilmeyer ja kaastöölised (47), Tilling (36)]. Ducci ja Katz (49) soovivad maksainsufitsientsuse puhul manustada õige suuri kortisooniannuseid (kuni 1500 mg ööpäevas!), millel olevat mõnikord elupäästev toime.

Kirjeldatud näidustuse illustreerimiseks toome ühe haigusjuhtumi.

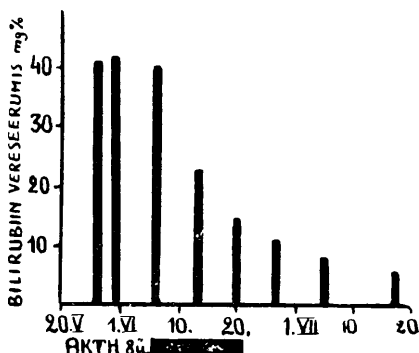
A. K., 58-aastane naispatsient, haigestus kuu aega enne kliinikusse tulekut epideemilisse hepatiiti, mis hoolimata üsna süstemaatilise ravist ei näidanud tendentsi taandarenemiseks. Patsiendi üldseisund oli halb. Maks ja põrn ei olnud palpeeritavad. Kollatõbi püsis. Bilirubiini oli vereseerumis 40,1 mg%. Quick'i proov = 34,7%. Uriinis leidis korduvalt leutsiini kristalle. Takata-Ara ++.

10-päevane energiline ravi kampolooni, glükoosilahuse infusioonide, C-, B₁- ja PP-vitamiini, rutiini ja insuliiniga patsiendi seisundit mingil määral ei mõjutanud. Esines akuutse kollase maksaatroofia ja maksainsufitsientsuse väljakujunemise oht. Selle vältimiseks rakendati lisaks eespoolkirjeldatud ravile veel 8 ühikut AKTH-i päevas veenisistest infusioonidena 16 päeva jooksul.

Hormoonravi lisamisest alates paranesid patsiendil isu ja enesetunne kiiresti, samuti hakkas järsult langema ka vereseerumi bilirubiinipeegel, mis varem oli püsivalt fikseerunud 40 mg% nivoole (vt. joonis 2). Vaatamata esialgsele halvale seisundile paranes haige hästi, kusjuures paranemisprotsess jätkus ka pärast hormoonravi katkestamist.

Andmeid kortisooni ja AKTH rakendamise kohta ägeda pankreatiidi puhul leiame kirjandusest tunduvalt vähem. Meile oli kättesaadav ainult Brockis'e ja Jones'i (50) sellesisuline töö, milles kirjeldatakse kortisooni edukat kasutamist kahe raske hemorraagilise pankreatiidijuhumi puhul.

Hormoonravi soodsas efektis võisime ise veenduda ühe analoogilise haigusjuhtumi puhul.



Joonis 2. AKTH-ravi mõju vereseerumi bilirubiinisaldusele raskekujulise, juba 5 nädalat kestnud hepatiidi juhul

J. V., 58-aastane meespatsient, haigestus 28. detsembril 1956. a. tugevate valudega ülakõhus ja soolegaaside peetusega. Patsient hospitaliseeriti Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas, kus diagnoositi soolesulguse sündroom kahtlusega pankreatiidile või maohaavandi kaetud perforatsioonile. Teostati laparotoomia, mille puhul konstateeriti ägedat pankreatiiti. Haigele ordineeriti dieet, insuliin, glükoosilahuse infusioonid ja atropiin. Seisund paranes mõningal määral ja patsient suunati edasi sama kliiniku siseosakonda. 6. veebruaril ägenes siin pankreatiitiline protsess uuesti. Tekkisid jälle ägedad valud kõhus, samuti tõusis uuesti palavik kuni 39,4°.

Alustati kombineeritud AKTH-penitsilliin-streptomüsiinravi, mille tagajärjel palavik juba järgmisel päeval normaliseerus ja valud abdoomenis kadusid. AKTH-i manustati algul 2 korda päevas iga kord 5 ühikut veenisisesi, hiljem 2 korda päevas 10 ü intramuskulaarselt 18 päeva jooksul. Patsiendi enesetunne ja üldseisund paranesid hästi. Kliinikust lahkudes oli patsiendil ainult settereaktsioon veidi kõrgem.

Nagu näitab kirjeldatud haigusjuhtum, võib AKTH koos muude terapeutiliste menetlustega tõsta tunduvalt ravi efektiivsust ka ägeda pankreatiidi puhul.

Arvukatest muudest näidustustest võiks veel nimetada prednisooni ja prednisolooni manustamist nefrooside puhul, samuti ähvardava ajuödeemi vastu võitlemiseks apoplektilise insuldi puhul (9).

Tuginedes neerupealiste steroidhormoonide mõjule kutsuda suuremates annustes esile kesknärvisüsteemi pidurdust, on üheks uudeks kasutamisevormiks nende ühendite (näiteks 21-hüdroksüpregnandiooni) rakendamine narkotiseerimise otstarbel. Niisugune «steroidnarkoos» tekitab komplikatsioone tunduvalt vähem kui muud narkoosivormid [Murphy ning tema kaastöölised (51) jt.].

Rakendades neerupealiste steroidhormoone teraapias tuleb silmas pidada, et nimetatud ravi toimel võib mõningate haigusseisundite kliiniline pilt muutuda maskeerituks, mis nõuab patsientide hoolsat jälgimist eriti perforatsiooniohu suhtes, näiteks põletikulise sapipõie või ussjätke puhul.

Nii kirjanduse andmed kui ka meie kogemused lubavad arvata, et hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi aktiveerimine toimub ka mitmete kliiniku poolt laialt kasutatavate desensibiliseerivate ravimenetluste puhul, nagu püroteraapia (neobensinool), proteiinoterapia mitmesugused vormid, mitmesuguste füsioterapeutiliste menetluste (kümblsruavi jt.) korral, samuti pürozoloonderivaatide (14) ja ka uinutite (52) manustamisel.

Hench'i (53) kokkuvõtte järgi 1956. aastast kasutatakse AKTH-i ja neerupealise koorolluse hormoone 119 mitmesuguse haiguse ravimiseks. Võisime käesolevas ülevaates seega ainult põgusalt riivata mõnd olulistemat küsimust organismi mõjustamisest nimetatud ühenditega. Et saavutada AKTH-kortisoonravi abil maksimaalset efekti, on vaja seda «anti-reaktiivse teraapia» mõjumehhanismi edaspidigi selgitada. See peaks avama uusi võimalusi säärase tugevatoimelise teraapia rakendamiseks.

Kirjandus

Ülevaatlikke töid

1. Атабек А. А. — Клинич. медицина, 10, 19—32, 1954.
2. Горкин В. З. — Эксперимен. хирургия 6, 57—60, 1956.
3. Егорова Л. И. — Клинич. медицина, 6, 39—47, 1954.
4. Кулагин В. К. — Вестн. хирургии 11, 134—143, 1957.
5. Мясников А. Л. и Лорие Ю. И. — Вопр. патол. серд. — сосуд. системы 2, 3—15, 1952.
6. Эскин И. А. — Пробл. эндокринол. и гормонотерапии 1, 52—59, 1955.
7. Юдаев Н. А. — Биохимия стероидных гормонов коры надпочечников. М., 1956.
8. Büchler, H. — Schweiz. med. Wochenschr. 2, 25—28, 1955.
9. Kless, H. — Wiener med. Wochenschr. 23, 475—481, 1957.
10. Moeschlin, S. — Schweiz. med. Wochenschr. 4, 81—88, 1956.
11. Schubert, H. — Hypophysenimplantation und ACTH bei verschiedenen internen Krankheiten. Leipzig, 1955.
12. Selye, H. — The physiology and pathology of exposure to stress. Montreal, 1950.

Töid üksikküsimuste kohta

13. Tausk, M. — Schweiz. med. Wochenschr. 5, 193, 1954.
14. Кассирский А. И. — Лекции о ревматизме. М., 1956.
15. Смирнов Н. П. — Пробл. эндокринол. и гормонотерапии 4, 81—88, 1955.
16. Строгонова Е. В. — Пробл. эндокринол. и гормонотерапии 2, 32—43, 1956.
17. Germuth, F. G. — Journ. Exper. Med. vol. 98, 1, 1—12, 1953.
18. White, A. — J. Allergy vol. 21, 4, 273—281, 1950.
19. Thorn, G. W., Forsham, P. H., Prunty, F. T. a. Hills, A. G. — J. Amer. Med. Assoc. vol. 137, 1005—1009, 1948.
20. Пышина С. П. — Физиол. ж. СССР 42, 11, 931—938, 1956.
21. Николов Н. А. — Физиол. ж. СССР 42, 11, 925—930, 1956.
22. Lutz, W. u. Metzenroth, O. — Wiener med. Wochenschr. 25/26, 474, 1953.
23. Hench, P. S., Kendall, E. C., Slocumb, C. H. a. Polley, H. F. — Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 24, 277—297, 1949.
24. Нестеров А. И. — Сов. медицина, 12, 15—25, 1955.
25. Lauda, E. — Wiener med. Wochenschr. 38, 704, 1953.
26. Hench, P. S. — Ann. Internal Med. Vol. 36, 1, 1—38, 1952.
27. Астапенко М. Г. — Сов. медицина, 4, 28—34, 1956.
28. West, H. F. a. News, G. R. — Lancet, 12, 578—580, 1955.
29. Arnoldsson, H. u. Pipkorn, U. — Schweiz. med. Wochenschr. 1, 10, 1953.
30. Кания, Е. u. Schmid, P. — Münchener med. Wochenschr. 26, 759, 1954.
31. Коган Б. Б. — Клинич. медицина, 8, 49—57, 1955.
32. Holler, G., Koller, G. u. Weinmann — Wiener med. Wochenschr. 1, 5, 1952.
33. Holler, G. — Wiener med. Wochenschr. 35/36, 691—695, 1955.
34. Hart, P. D. a. Rees, R. J. — Lancet 2, 391, 1950.
35. Kõrge, K. — «Nõukogude Eesti Tervishoid», Kogumik 1, 85—96, 1954.
36. Tilling, W. — Deutsche Internisten—Tagung 3.—5. Nov. 1955. S. 26—33 Berlin, 1956.
37. Bacos, J. M. a. Smith, D. T. — Amer. Rev. Tuberc. 67, 201—211, 1952.
38. Cocchi, C. — Amer. Rev. Tuberc. 74, 209—216, 1956.
39. Шмелев Н. А. и Уварова О. А. — Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 6, 38—43, 1956.

40. Оленева Т. Н. — Клинич. медицина, 12, 22—30, 1957.
41. Шмелев Н. А., Бояршинова М. С. и Матюшина З. В. — Tsit. 40 järgi.
42. Ashby, M. a. Grant, H. — Lancet Vol. 268, 65—66, 1955.
43. Hall, W. H. — Ref. Dtsch. med. Wochenschr. 6, 232, 1954.
44. De Ruiter — Tsit. 45 järgi.
45. Weissenfeld, F. — Med. Klinik 50, 861—862, 1953.
46. Siegenthaler, W. u. Soter, L. — Schweiz. med. Wochenschr. 85, 1051, 1955.
47. Heilmeyer, L., Schmid, F., Kühn, H. — Dtsch. med. Wochenschr. 80, 992, 1955.
48. Siegenthaler, W. u. Zuber, G. — Schweiz. med. Wochenschr. 13, 315, 1957.
49. Ducci ja Katz — Tsit. 36 järgi.
50. Brockis, J. G. a. Jones, E. T. — Brit. med. J. 5008, 1524—1525, 1956.
51. Murphy, F. J., Guardagni, N. P. a. de Bon, F. — J. Amer. Med. Assoc. vol. 158, 1412, 1955.
52. Кырге К. X. — Пробл. эндокринол. и гормонотерапии 4, 110—117, 1956
53. Hench, P. — Tsit. 4 järgi.

О применении адренокортикотропного гормона и кортизона в клинической медицине

К. Кырге

Резюме

В статье дается обзор литературы о биологическом действии адренокортикотропного гормона и глюкокортикоидов надпочечников, о методике гормонотерапии, дозировании и противопоказаниях, и далее — о применении гормонотерапии при лечении внутренних заболеваний и в хирургии. Наряду с литературными данными автор приводит данные из личной практики. Он, между прочим, подчеркивает применяемость АКТГ и кортизоновой терапии в комбинации с антибиотиками при инфекционно-аллергических процессах (например, подострый септический эндокардит). Методом соответствующей казуистики автор показывает, что гормонотерапия является эффективной и при тяжелых гепатитах и остром панкреатите. В заключительной части затрагивается вопрос об активизации коркового слоя надпочечников при применении других методов неспецифической десенсибилизирующей терапии (пиротерапия, протеинотерапия, снотворные и др.).

Antibiootikumidest põhjustatud komplikatsioonidest

A. Jannus,

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise
Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. Jannus)

Eksperimentaalsete ja kliiniliste tähelepanekute ning uurimiste põhjal on selgunud, et peaaegu kõik antibiootikumid võivad tekitada ühe või teise sümptomatoloogiaga komplikatsioone. Neid küsimusi on viimastel aastatel rohkesti käsitletud, mille tõttu osutub vajalikuks ülevaate esitamine vastavast kirjandusest. Kuni tänaseni ei ole antibiootikumide poolt põhjustatud komplikatsioonide etioloogia veel küllalt selge. Antibiootikumidest põhjustatud komplikatsioonid võivad olla otsesed või kaudsed.

Antibiootikumidest põhjustatud otsesed komplikatsioonid

Antibiootikumidest põhjustatud otseste komplikatsioonide all mõistetakse sääraseid, mis avalduvad organismi üksikute organite või nende süsteemide otseses kahjustamises. Nendest esinevad kõige sagedamini närvi- ja vereloome-süsteemi organite kahjustused ning mitmesugused allergilised reaktsioonid allergiliste dermatiitide ja šoki näol. Ühe ohtlikuma komplikatsioonina kuulub siia anafülaktiline šokk, mille esinemist on sageli kirjeldatud eriti penitsilliini kasutamisel. Järelikult on penitsilliinil allergeensed omadused.

Volini (1) arvates on penitsilliin sensibiliseerivaks agensiks, mis toimib kombinatsioonis valguliste ainetega, peamiselt seerumialbumiiniga.

On huvitav, et streptomütsiinil on penitsilliinist suuremad allergeensed omadused, kuid komplikatsioone kutsub streptomütsiin esile harvemini [Cheymol (2)].

Esinenud faktid kinnitavad, et mõned inimesed on penitsilliinile väga tundlikud ja nende juures vallanduvad anafülaktilised nähud sageli väga drastiiliselt.

Kern ja Wimberley (3) kirjeldavad terve rea haigete surmajuhtumeid penitsilliinianafülaksia tagajärjel, kus reaktsioon algas kiiresti ja surm järgnes juba 15 minutit pärast penitsilliini süstimist. Penitsilliiniallergiat või selle tagajärjel väljakujunenud raskeid anafülaktilisi seisundeid kirjeldavad ka paljud teised autorid, nagu Feinberg ja Moran (4), Sohval (5), Lehmann ja Fehr (6) jt.

Peale antibiootikumide allergeensete omaduste on olemas arvukaid tähelepanekuid nende toksilise toime kohta närvisüsteemisse.

Nii on penitsilliini 100 000—200 000 ü intratekaalsel manustamisel kirjeldatud oksendamist, krampe, reflekside muutusi ja haige surma. Surnute organite histoloogilisel uurimisel leiti subarahnoidaalses ja perivaskulaarses piirkonnas ekstravasaate, polümorfonukleaarsete rakkude kuhjumist ajukelmetes, hemorraagilisi petehhiaid väikeaju kooses ning mononuklearseid rakke basaalses ganglionides ja perivaskulaarsetes lõigetes [Karelitz (7), Koch ja Bohn (8) jt.].

Toksilist toimet närvisüsteemisse kirjeldatakse ka streptomütsiini kasutamisel. Seejuures avaldab streptomütsiin kahjustavat toimet peamiselt vestibulaarsele aparaadile.

Riches (9) uuris streptomütsiini toksilist toimet 150 haigel. Neist 55-l ta täheldas antibiootikumi süstimise päeval paresteesiat suus, peapööritust, ataksiat, peavalu ja akommodatsioonihäireid.

Antibiootikumide poolt põhjustatavatest muudest komplikatsioonidest täheldatakse veel bakteriolüüsi, mis tekib patogeensete mikroobide kiirel lagunemisel antibiootikumide toimet. Seejuures vabanevad mikroobidest endotoksiinid, mis tekitavad raske, sageli surmaga lõppeva seisundi. Niisuguse komplikatsiooni väljakujunemist on tähele pandud kõhutüüfuse ravimisel klooramfenikooli suurte doosidega.

Cheymol (2) kirjeldab antibiootikumide kahjustavat toimet vereloomesüsteemisse. Nii võib penitsilliin, harvemini streptomütsiin ja väga harva teised antibiootikumid, kutsuda esile eosinofiiliat. Klooramfenikool, aureomütsiin ja terramütsiin võivad põhjustada alimenteraalset aneemiat. Streptomütsiiniga ravimisel on täheldatud, kuigi väga harva, muutusi luuüdis. Antibiootikumide toimet on leitud, kuigi ainult eksperimentaalselt, ka maksa funktsiooni häireid.

Seevastu täheldasid Foy ja Kondi (10) penitsilliini soodustavat toimet metablastilise aneemia mõningate vormide ravimisel, mida autorid peavad aga seostatuks seedetrakti mikrofloora muutustega.

Toodud kirjanduse andmete põhjal selgub, et antibiootikumide, peamiselt penitsilliini ja streptomütsiini poolt tekitatud primaarsed komplikatsioonid võivad olla küllaltki ohtlikud ja manitsevad ettevaatusele.

Antibiootikumidest põhjustatud kaudsed komplikatsioonid

Antibiootikumide poolt kaudselt tekitatud komplikatsioonidena mõistetakse tüsistusi, kus antibiootikum organismisse enesesse otsest kahjustavat toimet ei avalda. Antibiootikumid ründavad aga organismi normaalsel mikroflooral, mille tasakaalu muutumine või hävitamine põhjustab organismis sekundaarseid raskekujulisi tüsistusi. Normaalse mikrofloora hävimise tõttu hakkab intensiivselt arenema organismile võõras, kasutatavate antibiootikumide suhtes resistentne mikrofloora, mille tõttu arenevad sekundaarsed infektsioonid. Nendeks nakkusteks on peamiselt pseudomembranoosne enterokoliit ja kandidamükoos ehk kandidoos.

Kõige rikkalikum ja tähtsam mikrofloora asub elusolenditel, nende hulgas ka inimesel, seedetraktis. Kuid peale seedetrakti leidub mikroobe normaalselt kõikides kehaõontes ja pindadel, millel on otsene või kaudne kontakt väliskeskkonnaga, nagu nahk ja limanahad (suuõõs, konjunktiiivid, ureetra, vagiina jne.). Vastavalt lokaliseerimisele on kõikjal arenenud ka oma kindel floora.

Normaalse mikrofloora tasakaalus tekkivad häired kajastuvad sageli kogu organismis. Uurimused näitavad, et organismi normaalse mikrofloora tasakaalu võib väga suurel määral rikkuda antibiootikumide ebaratsionaalse kasutamiseiga. [Martins Campes, Fernandes Pontes (11) jt.].

Paljud autorid, nagu Stepaništševa (12), Robinson (13), Bedrynska-Dobek, Kurowska-Taylorowa (14) jt. on näidanud, et peale seedetrakti mikrofloora tekivad antibiootikumide rohkel kasutamisel normaalse mikrofloora muutused ka nahal ja limaskestadel.

Normaalse mikrofloora hävimisega tekivad organismis ühtlasi vitamiinide ainevahetushäired, sest paljud nendest mikroobidest on tähtsate vitamiinide sünteesijateks.

Nii pani Sumner (15) tähele, et tuberkuloosihaigete ravimisel streptomütsiiniga tekkis haigetel vitamiinivaegus. Autori arvates tekkis neil haigetel B-gruppi kuuluvate vitamiinide vaegus sellepärast, et streptomütsiini toimet rikuti seedetrakti mikrofloora koosseis. Külvid nendelt haigetelt näitasid, et streptomütsiinravi ajal ja üks kuu pärast seda ravi ei leidunud haigete seedetraktis peaaegu üldse *Bact. coli*'t. *Bact. coli* ilmus

normaalsel hulgal seedetrakti alles üks kuu pärast streptomütsiinravi katkestamist.

Samuti täheldas tuberkuloosihaigete ravimisel streptomütsiiniga vitamiinide B₁, B₂ ja PP langust veres ja uriinis Sartory (16). Eriti langes riboflaviini hulk.

Hüpvitaminoosi juhtumeid penitsilliinravi puhul ei ole kirjeldatud. Seda seostavad paljud autorid asjaoluga, et penitsilliin, ka pikemal kasutamisel, ei mõjusta *Bact. coli*'t, s. o. mikroobi, mis B-vitamiini sünteesib.

Seevastu Gabuzda (17), Bickel ning Barazzone (18) jt. arvates ei ole seedetrakti mikrofloora muutused antibiootikumide toimel esiletulevate avitaminoosinähtude põhjuseks. Autorid arvavad, et mõned antibiootikumid lihtsalt blokeerivad organismi rakkude riboflaviini kasutamise võimaluse.

Ka paljud teised autorid, nagu Cheymol (2), Sartory, Sarett, Leitner, Gewin (19) jt. on arvamusel, et seedetrakti mikroobidepoos sünteesitud vitamiinid ei kata kaugeltki inimese vitamiinide vajadust. Suure osa vitamiine saab inimene toiduga. Juba vitamiinide puudumine toidus põhjustab avitaminoosi, mis on karakterseks näiteks, et mikroobide poolt sünteesitud vitamiinid ei kata organismi vitamiinide üldvajadust. Antibiootikumid võivad raskendada vitamiinide omastamist organismi poolt.

Seega ei ole antibiootikumide poolt kaudselt põhjustatud komplikatsioonidest hüpvitaminoosiseisundi väljakujunemine seedetrakti mikrofloora kahjustamise kaudu kuigi reaalne.

Antibiootikumidest põhjustatud enterokoliit

Perets (20), Kirchenstein (21), Rolle (22) jt. rõhutavad normaalse mikrofloora suurt tähtsust organismile. Eriti olulist osa etendab *Bact. coli*, mille normaalseks asukohaks on jämesool. Kolikepikse kujutab suurt kaitsejõudu patogeensete mikroobide invasiooni vastu, mis väljendub tema antagonistlikus toimes. Lewis, Bhagat (23) jt. tegid kindlaks, et kolikepikse sünteesib bioloogiliselt tähtsaid valke. Ebaõige dieet või kemoteraapia häirib kolikepikse arenemist ja viimane võib muutuda isegi patogeenseks.

Terve rida uurimisi haigete ravimise kohta antibiootikumidega näitab, et viimaste toimel võib hävineda seedetrakti normaalne mikrofloora. Sellega tekivad aga soodsad tingimused kõrvaliste mikroobide arenemiseks, mis on antud antibiootikumide suhtes resistentsed. Seejuures võivad välja kujuneda komplikatsioonid ja sekundaarsed infektsioonid. Kõige resistentsemaks mikroorganismiks on stafülokokk, mis sageli leidub seedetraktis. See mikroob on tihti resistentne kõikidele tuntud antibiootikumidele. Soodsates tingimustes hakkab stafülokokk tormiliselt paljunema, kutsudes esile intoksikatsiooni ja superinfektsiooni sümptoome. Stafülokokki on roojast võimalik isoleerida külvide abil veriagarsöötmele, mis sisaldab 0,25% fenüül-etüülalkoholi. Raskesti haigetel saab stafülokokki isoleerida verest. Enteriidi sümptoomid ilmnevad antibiootikumidega ravimise puhul kolmandal kuni kuuendal päeval. Areneb välja toidutoksiko-infektsiooni või koolerat meenutav pilt. Täheldatakse organismi vee-tustumist. Haigus algab kõhulahtisusega, mis muutub varsti profuusseks. 24 kuni 48 tunni jooksul halveneb haige seisund järjekindlalt: temperatuur tõuseb, pulsi sagedus ulatub 120—160 korralt minutis, tekib šokiseisund, kusjuures haige muutub tsüanootiliseks ja kaotab teadvuse. Haigus võib haarata kogu seedetrakti, alates söögitoru alumisest osast kuni rektumini. Eriti sageli haaratakse peensool, mis tugevasti laieneb ja mille sisu omandab kollakaspruuni sogase vedeliku ilme.

Raskeid, antibiootikumide kasutamisel järgnenud enterokoliite kirjeldavad paljud autorid.

Cheymol'i (2) andmetel lõppes 55-st stafülokokkenteriidi juhust letaalselt 40. Senn ja Lungsgaard-Hausen (24) kirjeldavad 5 stafülokokk-enteriidi juhtumit antibiootikumidega ravitud haigetel, kelledest kaks surid. Fowler (25) toob ära kolm juhtumit, kus stafülokokkide poolt põhjustatud enterokoliit järgnes postoperatiivses perioodis antibiootikumide manustamisele. Vaatamata sellele, et võeti tarvitusele rida abinõusid, seejuures ka erütromütsiini süsted, surid haiged kolmandal või neljandal päeval. Seede-traktist isoleeriti aga penitsilliini- ja streptomütsiiniresistentne stafülokokk.

Lehmann ja Fehr (6) märgivad, et stafülokokk-enteriidi väljakujunemist soodustab organismi kaitsejõudude langus kõrges vanuses, parenhümatoosete organite kahjustus infektsioosete toksikooside tagajärjel, ulatuslikud kirurgilised operatsioonid jne. Autorid märgivad, et antibiootikumide vastu resistentsete stafülokokkide levimine on eriti ohtlik haiglates, kus nende reservuaariks ei ole mitte ainult esemed ja õhk, vaid meditsiinipersonal, kes kiiresti muutub nende mikroorganismide kandjateks ja infitseerib haigeid.

Stafülokokkenteriidi ravimine on seotud soolestiku normaalse floora taastamisega, veevaeguse ja elektrolüütide normaliseerimisega. Profülaktiliselt soovitatakse ordineerida B kompleksi kuuluvaid vitamiine ja piimhappebaktereid. Antibiootikumidest osutuvad kõige efektiivsemateks erütromütsiin ja klooramfenikool [Senn ja Lungsgaard-Hausen (24)].

Antibiootikumidest põhjustatud kandidamükoos

Üheks antibiootikumide kasutamisele sagedamini kaasuvaks kaudseks komplikatsiooniks on mitmesuguste seente poolt tekitatud seenehaigused ehk blastomükoosid. Blastomükoosid tekivad nagu stafülokokkenteriitki laia diapasoonega antibiootikumide suurte dooside pikaajalisel kasutamisel. Nende sekundaarsete infektsioonide arenemise põhjuseks peetakse samuti organismi normaalse mikrofloora hävinemist antibiootikumide toimel, mille tõttu saab võimalikuks organismis leiduvate seente intensiivne paljunemine. Seeninfektsioonid omandavad sageli septilise iseloomu ja võivad lõppeda surmaga. Üheks kõige sagedasemaks seeninfektsiooni tekitajaks on *Candida albicans*. Nimetatud seen on laialdaselt levinud ja sagedasemaid suu (39% kõikidest rögaproovidest), trahhea, vagiina ja rekumi limanahkade ja naha saprofüüte. Väljakujunenud seenevohandeid tuntakse soori nimetuse all. Seen võib levida mao-sooletrakti ja hingamisteede kaudu, tungides sügavale kudedesse ja andes metastaase.

Gaehlinger'i (26) järgi võivad seeninfektsioonid kaasuda komplikatsioonidena kõikidele antibiootikumidele.

Kaškini (27) andmetel omavad mõned antibiootikumid [aureomütsiin, kloromütsetiin, tetratsükliin (analoogilised meie süntomütsiinile, levomütsetiinile, biomütsiinile)] *Candida albicans*'i suhtes koguni selle seene kasvu stimuleerivat toimet.

Prozorovski, Gorelov ja Teplova (28) ning Matthias ja Rees (29) kirjeldavad seenehaiguse juhtumeid, mis arenesid haigetel, kellele pikema aja vältel manustati suurtes doosides mitmesuguseid antibiootikume (peamiselt penitsilliini ja streptomütsiini, terramütsiini ja klooramfenikooli). Verest, rögest ja uriinist isoleeriti *Candida* liiki seen. Autorid märgivad, et antibiootikumide mõtlematut kasutamist tuleb kategooriliselt piirata, eriti mitmesuguste palavikuliste seisundite puhul. Ühtlasi tuleb võidelda, sageli vähe motiveeritavate, intravenoossete glükoosisüstimiste vastu, sest glükoos soodustab organismis igasuguste mikroobide, eriti aga seente arenemist.

Oma uurimuste põhjal märgib Arievitš (30), et antibiootikumide kestev kasutamine on alati seotud kandidamükoosi tekkimise ohuga. Selle-

pärast tuleb haigeid hoolikalt jälgida. Terapeutilise efekti puudumine, või haige seisundi halvenemine, ootamatu temperatuuri tõusmine sellele eelnenud madalale temperatuurile, temperatuurikõvera hehtiline iseloom — kõik need sümptoomid on signaaliks kandidamükoosi arenemise võimalusele.

Tehes kokkuvõtteid kirjanduse andmetest tuleb märkida, et antibiootikumide, eriti laia toimespektriga antibiootiliste ainete sagedane ja suurtes doosides kasutamine, võib põhjustada raskeid komplikatsioone. Antibiootikumide poolt tekitatud otseste kahjustuste kõrval väärivad eriti märkimist kaudselt tekitatud komplikatsioonid. Viimaste põhjuseks on suured muutused organismi normaalses mikroflooras antibiootikumide toimel. Antibiootikumid, hävitades organismi normaalse floora selle osa, mis on neile tundlik, võimaldavad haarata ülekaalu antibiootikumidele resistentsetel mikroobidel.

Sellepärast on arusaadav, miks antibiootikumide poolt tekitatud komplikatsioonid on tänapäeval saanud üheks põhilisemaks uurimisobjektiks arstiteaduses. Nende mehhanismide selgitamiseks teostatakse arvukaid kliinilisi ja eksperimentaalseid uurimisi.

Kirjandus

1. Volini, J. — ref. Veis'i j. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики 6, 14—24, 1954.
2. Cheymol, J. — *Arzneimittelforsch.*, 5, 1, 1—9, 1955.
3. Kern, R. ja Wimberley, A. — *Am. Journ. Med. Sci.*, 226, 4, 357—375, 1953.
4. Feinberg, A. ja Moran, C. — *Jama*, 152, 2, 114—119, 1953.
5. Sohval, A. — ref. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики 3, 98, 1954.
6. Lehmann, R. ja Fehr, A. — *Schweizer. med. Wochenschrift*, 25, 723—727, 1956.
7. Karelitz, S. — *Journ. Pediatr.*, 42, 4, 478—504, 1953.
8. Koch, E. ja Bohn, H. — *Arch. exper. Path. u. Pharm*, 220, 3, 157—183, 1953.
9. Riches, R. — ref. Kivman'i j. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики I, 50, 1956.
10. Foy, H. ja Kondi, A. — *Trans. Rev. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1, 48, 17—41, 1954.
11. Martins Campes, J. ja Fernandes Pontes, J. — ref. Реф. Журн. Биология I, 89, 760, 1956.
12. Степанищева З. — *ЖМЭИ* 2, 94, 1957.
13. Robinson, H. — *U. S. Arm. Forces Med. Hourn.*, 5, 7, 953—967, 1954.
14. Bedrynska-Dobek, M. ja Kurowska-Taylorowa, A. — *Pediatr. polska*, 4, 321—329, 331—337, 30, 1955.
15. Sumner, R. — ref. Kivman'i j. Изд. иностр. литер., Москва, I, 14, 1955.
16. Sartory, N. — ref. Kivman'i j. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики I, 14, 1955.
17. Gabuzda, N. — ref. Kivman'i j. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики I, 14, 1955.
18. Bickel, A. ja Barazzone, K. — ref. Kivman'i j. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики I, 14, 1955.
19. Sartory, Sarett, Leitner ja Gewin — ref. Kivman'i j. Изд. иностр. литер., Москва, Антибиотики I, 14, 1955.
20. Перетц Л. — Значение нормальной микрофлоры для организма человека. Медгиз 1955.
21. Кирхенштейн А. — Труды Института Микроб. АН Латв. ССР, III, 3—19, 1955.
22. Rolle — ref. Cheymol'i (2) j.
23. Lewis, R., Bhagat, M., Wagler, M. jt. — *Americ. Journ. of Tropical Med.* 5, 3, 483—496, 1956.
24. Senn, A. ja Lungsgaard-Hausen, P. — *Schweiz. med. Wochenschr.*, 17, 432—434, 1956.
25. Fowler, D. — *Brit. Med. Journ.*, 4929, 1313, 1955.
26. Gaehlinger, H. — *Rev. practic.* 5, 12, 1215, 1955.
27. Кашкин П. — *Клин. Мед.* 8, 17, 1956.
28. Прозоровский Б., Горелов И. и Теплова Е. — *Клин. Мед.* 12, 41, 1956.
29. Matthias, J. ja Rees, E. — *Journ. Pathol. and Bacteriol.* 71, 2, 512—516.
30. Ариевич А. — *Сов. Мед.* 7, 9, 1956.

Об осложнениях, обусловленных применением антибиотиков

А. Яннус

Резюме

На основании экспериментальных и клинических наблюдений выяснилось, что почти все антибиотики могут вызвать осложнения, протекающие с той или иной симптоматологией. Осложнения, вызванные антибиотиками, могут быть прямыми и косвенными. Под прямыми, вызванными применением антибиотиков, понимают осложнения, выражающиеся в непосредственном поражении отдельных органов или систем организма. Среди них чаще всего наблюдаются поражения нервной системы и системы кровообращения, а также всевозможные аллергические проявления в виде аллергических дерматитов и шока. Одним из опаснейших осложнений является анафилактический шок.

Под осложнениями, вызванными косвенным влиянием антибиотиков, подразумеваются такие, при которых антибиотик не оказывает прямого вредного действия на самый организм. В данном случае антибиотики влияют на нормальную микрофлору организма, гибель которой или нарушение равновесия вызывает в организме вторичные тяжело протекающие осложнения. В результате гибели нормальной микрофлоры организма начинается интенсивное развитие чуждой для организма микрофлоры, обуславливающей возникновение вторичных инфекций. Такими инфекциями являются, главным образом, псевдомембранозный энтероколит и кандидамикоз, или кандидоз.

Из приведенных в литературе данных следует, что осложнения, вызываемые антибиотиками, могут быть довольно опасными и требуют осторожности при назначении антибиотиков для лечения.

Antibiootikumide kasutamise komplikatsioonina tekkinud VISTSERAAELSE KANDIDAMÜKOOSI JUHTUDEST

A. Vapra

(TRÜ Arstiteaduskonna hospitaal-sisehaiguste kateedrist)

Seoses antibiootikumide sagedase manustamisega on positiivsete tulemuste kõrval ilmnenu ka mitmed komplikatsioonid.

Antibiootikumidest tingitud komplikatsioonide hulgas omavad erilist kohta seenhaigused, mille tekitajaks on pärmiseenekeste taolised seened — *Candida albicans*. Neid seenhaigusi nimetatakse kandidamükoosideks ehk kandidoosideks. On täheldatud, et kandidamükoosid tekivad eriti laia toimepiiraga antibiootikumide (biomütsiin, levomütsetiin, terramütsiin jt.) rakendamisel.

Kandidamükoosi patogeneesi suhtes pole veel ühtset seisukohta. Arvatakse, et antibiootikumid häirivad tavalist mikrofloora tasakaalu organismis ja ülekaalu pääsevad pärmitaolised seened *Candida albicans*. Need muutuvad patogeenseteks ja võivad tekitada raskeid haigusi. Tüsistuste tekkes etendab olulist osa ka organismi vähenenud reaktiivsus, sest kandidamükoos esineb peamiselt nõrgenenud organismiga haigetel, enamasti raukadel ja lastel.

Antibiootikumide rakendamisest tekkinud kandidamükoosi on kirjeldanud rida kodumaa autoreid, nagu Arijevitš, Stepanišševa, Beresina ja Krasnopolskaja (1), Gassilin ja Filipovitš (2), Gurtšinski, Rosmainski ja Horošilov (3), Arijevitš (4) jt.

Järgnevalt vaatleme nelja vistseraalse kandidamükoosi juhtumit.

Esimene juhtum. Haiguslugu nr. 1118. 60-aastane meespatsient, kes saabus Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonda 11. septembril 1956. a. diagnoosiga: «Infektsioosne polüartriit, koos kahtlusega brutselloosile».

Haigusloo andmed: haige haigestus 1956. a. juunikuul lõpul, millal tekkisid valud liigestes ja lihastes ning esinesid temperatuuri tõusud. Haiget raviti rajooni-haiglas *Natrium salicylicum*'i, B₁-vitamiini ja antibiootikumide abil. Patsient sai penitsilliini 3,2 miljonit ühikut 12 päeva vältel, streptomütsiini 6,5 grammi 12 päeva ja levomütsetiini 33,5 grammi 14 päeva jooksul.

Meie kliinikusse saabumisel oli patsiendi üldseisund raske, asend passiivne, nägu miimikavaene, maskitaoline, esines tugev adünaamia, suur nõrkus, patsient ei suutnud ise süüa, samuti võis täheldada kuklalihaste rigiidsust ja pidevat higistamist. Haigel esines kõha vähese röga. Võis märgata, et sörmeliigesed olid veidi jämenenud ja labakäe lihased atrofilised. Esimese kolme nädala jooksul oli patsiendil kliinikus temperatuur 37,2 kuni 38,2 kraadi. Muudes elundites ei esinenud patoloogilisi muutusi. Laboratoorne analüüs 12. septembril — Veri: SR — 40 mm 1 tunnis Pantšenkovi järgi, Hgb. 84%, Lk. 4450 — 1 mm³, Er. 3 980 000 — 1 mm³. Valem: eosinof. 1%, keppt. 6%, segmentt. 61%, lümfots. 22%, monots. 10%. Uriin (12. septembril) patoloogilise leitu. *Roentgenoscopia thoracis* (14. septembril): *Lobus venae azygos. Elongatio aortae*.

Kliinikus uuriti haiget igakülgsest, kuid diagnoos püsis kaua lahtine, sest antud seisundit ei saadud seletada esineva infektsioosse polüartriidiga. Röga uurimisel (21. septembril ja 5. oktoobril) leiti selles *Candida albicans*. Samuti leiti 5. ja 20. oktoobril *Candida albicans* uriinis.

Patsiendile rakendati raviks *Sol. Vitamini C* — 5% 5,0 *pro die*, analgiini 0,5 — kolm korda päevas ja 27. septembrist peale kaaliumjodaadi 3-protsendilist lahust 15,0 — kolm korda päevas, ravikehakultuuri, massaaži, hiljem veel butadiooni 0,15 — neli korda päevas.

Kümnepäevase joodravi järel oli patsiendi üldseisund tunduvalt paranenud, ta suutis end voodis iseseisvalt pöörata ja istuda lühikest aega. Haige kosus, suutis juba varsti iseseisvalt süüa ning 15. oktoobril ka juba lühikest aega seista. Liigestevalud vähenesid pidevalt. 6. novembril lahkus patsient kliinikust paranenuna. Antud juhul oli tegemist vistseraalse kandidamükoosi raske vormiga, mis valmistas diagnostilisi raskusi ja allus hästi joodravile.

Teine juhtum. Haiguslugu nr. 1172. 51-aastane naispatsient saabus siseosakonda 26. septembril 1956. a. diagnoosiga: «Krupoosne kopsupõletik». Patsient haigestus septembrikuu algul. Tekkisid temperatuurid ja nõrkus. Haige viibis nädal aega kodus ja suunati siis rajoonihaiglasse. Siin ta viibis ravil 10. septembrist kuni 26. septembrini, saades 9 miljonit ühikut penitsilliini ja 5 grammi streptomütsiini, kuid ei paranenud. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonda saabumisel oli haigel kõrgeenenud temperatuur, esinesid pisted rindkeres, nõrkus ja röga.

Objektiivne leid kopsude osas: perkutoorselt esines mõlemas kopsus alates tagant kaheksanda *Processus spinosus*'e kõrguselt perkutoorse kõla lühenemine ja auskultatoorselt parema kopsu alumises osas hingamiskahin bronhiaalse iseloomuga. Mõlema kopsu allosades oli kuulda krepiteerivaid raginaid. Laboratoorne analüüs: Veri 27. septembril: SR — 62 mm 1 tunnis Pantšenkovi järgi, Hgb. 70%, Er. 3 740 000 1 mm³, Lk. 18 250 1 mm³. Valem: eosinof. 5%, keppt. 10%, segmentt. 79%, lümfots. 4%, monots. 2%.

Uriin (27. septembril) õlgkollane, erikaal 1008, valk 0,033%. Sade: Leukots. 4—7—5.

1 granuleeritud silindreid ühes vaateväljas 0—1.

Rindkere röntgenoskoopilisel uurimisel leiti 27. septembril parema allsagara alumises osas varjustus, mille alumine piir sulas kokku vahelihase kupliga. Vasema allsagara diafragma lähedal esines dorsaalsemalt õrn varjustus.

Kliinilise ja röntgenoskoopilise uurimise põhjal võis seega patsiendil diagnoosida kahepoolset koldelist kopsupõletikku. Ravimiseks manustati penitsilliini 300 000 ühikut ööpäevas — kokku 1,8 miljonit ühikut (27. septembrist kuni 1. oktoobrini). Alates 2. oktoobrist rakendati biomütsiini kümne päeva jooksul, mida haige sai kokku 5 grammi. Peale biomütsiinravi lõpetamist manustati veel kümne päeva jooksul 10 grammi streptomütsiini. Vaatamata sellele, et patsiendil leiti nii kliinilisel kui ka röntgenoskoopilisel uurimisel infiltraadi vähenemist kopsudes, püsis kahtlus, et tal on pneumoonia kõrval veel mõni muu haigusprotsess, sest vaatamata energilisele antibiootikumide tarvitamisele püsis haigel kõrgeenenud temperatuur, esinesid higistamine, pööritus, tahhükardia ja külmavärinad, samuti tugev nõrkus ja raske adünaamia. Patsiendi seisund muutus nii halvaks, et ta ei suutnud end ise voodis pöörata ega süüa.

30. oktoobril leiti röga ja uriini uurimisel *Candida albicans*, mis avastati ka korduval uurimisel nii rögas, uriinis, kui ka maomahlas. Antibiootikumide manustamine lõpetati ja patsiendile hakati andma suuremates doosides vitamiine (B₁ ja C), 5-protsendilist kaalium-jodaadi lahust 15,0 — kolm korda päevas ja 40-protsendilist urotropiini lahust 5 ml päevas. Patsient hakkas paranema ja detsembrikuu keskel liikus juba palatis, tundes siiski veel nõrkust ja südamepekslemist. Hiljem uriini ja röga analüüsimisel enam *Candida albicans*'i ei leitud ja haige lahkus paranenult haiglast, olles viibinud kliinikus 93 päeva. Võib märkida, et paranemine oli väga visa, sest antud juhul oli tegemist raske vistseraalse kandidamükoosiga, mis allus ravimisele väga raskesti.

Kolmas juhtum. Haiguslugu nr. 1476. 7. detsembril 1956. a. saabus kliinikusse 46-aastane naispatsient diagnoosiga: *Pneumonia crouposa lobi inferioris pulmonis dextri. Myocardiodystrophia. Thrombophlebitis cruris dextri et sinistri.*

Kodus oli haige saanud korrapäratult penitsilliini. Haiglas manustati patsiendile penitsilliini, mida ta sai $4 \times 100\,000$ ühikut ööpäevas nelja päeva vältel, ning streptomütsiini algul 0,5 g ja hiljem 1 g ööpäevas. Kokku sai haige 13 päeva jooksul penitsilliini 5 miljonit ühikut ja streptomütsiini 8 päeva jooksul 6,5 grammi.

13. detsembril tekkis pneumoonilise protsessi komplikatsioonina veel vasaku jala tromboflebiit.

Patsient hakkas paranema ja temperatuur näitas langemise tendentsi. 19. detsembril tekkis suuõõne limaskestalt õrn hallikas kate, mis ulatus neeluni. Selle uurimisel leiti *Candida albicans*. 18. detsembril avastati *Candida albicans* ka uriinis. Veres ja spjutumis *Candida albicans*'i ei leitud. Samaaegselt katte tekkimisega suuõõnes halvenes patsiendi üldseisund: tekkis nõrkus, isu vähenes ja ilmusid adünaamilised nähud.

Katkestati antibiootikumide andmine ja patsiendile manustati *sol. urotropini* 40-protsendilist lahust 5 ml ööpäevas, vitamiin C ja B₁ ning 3-protsendilist kaaliumjodaadi lahust 15,0 — kolm korda päevas. Hallikas kate kadus suuõõnest 3—4 päeva jooksul. 3. jaanuaril uriini uurimisel *Candida albicans*'i enam ei leitud. Neli kuni viis päeva pärast antibiootikumide andmise lõpetamist paranes ka patsiendi enesetunne, kadus adünaamia ja tekkis isu. Järelikult oli käesoleval juhul tegemist vistseraalse kandidamükoosi kergema vormiga, mis õigeaegse avastamise järel kiirelt möödus.

Neljas juhtum. — Haiguslugu nr. 1473. 3. detsembril 1956. a. saabus kliinikusse 45-aastane naispatsient, elukutselt kassapidaja, diagnoosiga: *Pleuropneumonia bilateralis. Insufficiencia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Insufficiencia cardiovascularis chronica II a.*

Käesoleval juhul oli tegemist raskesti dekompanseeritud südamehaigega, kellel oli veel kahepoolne pneumooniline protsess. Haigele manustati pneumoonia tõttu penitsilliini $4 \times 75\,000$ ühikut ööpäevas, üldse 3 600 000 ühikut. Penitsilliinravi ei olnud tõhus, sest patsiendil tekkis pleuriit, mis sundis pleura eksudaati mitu korda punkteerima.

Edaspidi rakendati penitsilliini asemel streptomütsiini. Seda manustati 0,5 grammi ööpäevas, kokku 11 g. Lisaks streptomütsiinile sai haige veel kahe päeva jooksul enne streptomütsiinkuuri lõpetamist biomütsiini kokku 1,6 g. Streptomütsiinravi lõpul ja biomütsiinravi ajal halvenes patsiendi üldseisund tunduvalt, vaatamata sellele, et patoloogilised muutused kopsudes ja pleuras taandusid. Tekkis tugev nõrkus, adünaamia, isutus, higistamine. Röga uurimisel leiti seal *Candida albicans*'i. Ravi antibiootikumidega katkestati ja rakendati C-vitamiini suurtes doosides ning *Calc. chlor.* 10-protsendilist lahust veenisisesi 10 ml päevas. Neli päeva pärast antibiootikumide andmise lõpetamist elavnes patsient tunduvalt, enesetunne paranes, tekkis jälle isu, adünaamia kadus.

Käesoleval juhul oli tegemist vistseraalse kandidamükoosi kergema vormiga, mis õigeaegse diagnoosimise ja ravimise tõttu ei saanud areneda raskeks vormiks ja paranes ruttu.

Eespool toodud haigusjuhud juhivad tähelepanu kandidamükoosi esinemise võimalusele antibiootikumide manustamise puhul. Antibiootikumide rakendamisel on oluline ära määrata mikroobide tundlikkus nende suhtes ja vältida ülemäära kasutamist.

Kandidamükoosi vältimiseks tuleb süstemaatiliselt jälgida uriini, verd, röga, suuõõnt ja nahka.

Kirjandus

1. Ариевич А. М., Степанишева З. Г., Березина Г. А., Краснопольская В. И. — О дрожжевых поражениях, возникающих при применении антибиотиков. Советская медицина, 7, 38—43, 1955.
2. Гасилин В. С., Филипович Н. А. — О грибковых поражениях, возникших в легких в результате применения антибиотиков. Клиническая медицина, 7, 61—63, 1956.
3. Гурчинский Г. И., Розмаинский И. В., Хорошилов А. С. — О клиническом течении генерализованных бластомикозов, развивающихся в связи с применением антибиотиков, Врачебное дело, 8, 809—810, 1956.
4. Ариевич А. М. — Кандидамикозы как осложнение при лечении антибиотиками. Советская медицина, 7, 9—18, 1956.

О случаях висцерального кандидамикоза, возникающего как осложнение при лечении антибиотиками

А. Вапра

Резюме

В 1956 году в терапевтическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы диагностировали 4 больных с висцеральной формой кандидамикоза. Первый больной, мужчина 60 лет, прибыл на лечение с диагнозом хронического полиартрита.

В районной больнице он получил лечение пенициллином (3.200.000 единиц), стрептомицином (6,5 гр) и левомецетином (33,5 гр). Кроме симптомов хронического полиартрита, у больного были резкая адинамия, слабость, рвота, кашель с выделением мокроты. В мокроте и моче обнаружили *Candida albicans*.

Больного лечили витаминами (В₁, С), иодистым калием, и он поправлялся медленно, но хорошо.

Вторая больная была женщина 51 года, ее лечили в клинике от воспаления легких.

Она получила курс лечения пенициллином (1.800.000 единиц), стрептомицином (15 гр) и биомицином (5 гр).

Несмотря на то, что воспалительные изменения в легких уменьшились, у больной возникли резкая адинамия, тахикардия, потливость, рвота.

В мокроте, моче и желудочном соке обнаружили *Candida albicans*.

Лечение антибиотиками прекратили, и больная получала иодистый калий, витамины, уротропин. Она поправлялась медленно. В общем больная находилась в клинике 93 дня.

В остальных двух случаях имела место более легкая форма висцерального кандидамикоза. Больные после прекращения лечения антибиотиками (пенициллином, стрептомицином и биомицином) быстро поправились от этого заболевания.

Эти 4 случая кандидамикоза отчетливо показывают, что при длительном применении антибиотиков, особенно с широким диапазоном, при отсутствии клинического эффекта, необходимо учитывать возникновение кандидамикоза.

STOMATOLOOGI ÜLESANDED

võitluses vähieelsete haigestumistega ja pahaloomuliste kasvajatega suuõõnes

V. Hiie,

professor, meditsiiniteaduste doktor

(TRÜ Arstiteaduskonnast, dekaan, meditsiiniteaduste doktor professor
A. Linkberg)

Võitlus pahaloomuliste kasvajatega on praegu tähtsamaid probleeme arstiteaduses.

Vaatamata laialdasele teaduslikule uurimistööle ja suurtele pingutustele vähi etioloogia alal, on pahaloomuliste kasvajate tekkimise põhjused jäänud seni lõplikult selgitamata.

Pahaloomuliste kasvajate etioloogias on peale ekso- ja endogeense struktuuriga keemiliste ainete suur tähtsus veel mittespetsiifilistel väliskeskonna mõjutustel. Eriline koht on viimastel just suuõõne pahaloomuliste kasvajate tekitamisel. Nende mittespetsiifiliste faktorite hulka kuuluvad kõigepealt väliskeskonna mehaanilised mõjutused. Nii näiteks traumatiseerivad gangrenoossed hambajuured oma teravate nukkide ja servadega pidevalt lähema ümbruse iget ja suulimanahka, põhjustades sageli põselimanaha dekubitaalseid haavandeid. Sageli üle kavi-teedi ärte ulatuvad hambatäidised aga traumatiseerivad kehtvalt interdentaalset papilli, mille tulemusena hävineb isegi interdentaalne septum.

Hamba juurekõntide halb ja hooletu preparatsioon võib omaltpoolt põhjustada metallkroonide servade lõikumist igemesse. Suulimanaha kestva trauma põhjuseks võivad olla ka fikseeritud ja äravõetavad proteesid. Eriti esineb see neil juhtudel, kus äravõetava proteesi alune alveolaarjätke on aja jooksul muutunud, protees ei sobi enam oma alusele ja proteesi äär lõikub suuesiku võlvi limanahas.

Mittespetsiifiliste väliskeskkonna faktorite hulka pahaloomuliste kasvajate etioloogias kuulub ka liiga kuuma toidu kestav tarvitamine.

Üldiselt on tuntud mittespetsiifilise struktuuriga keemiliste ainete kahjustav toime suulimanahale, nagu tubaka närimine või Kesk-Aasia rahvastel nn. «nas'i» hoidmine keele all suupõhjas, mis paljudel juhtudel saab pahaloomulise kasvaja algpõhjuseks. Paljude kogemuste põhjal võib öelda, et pidev ja kauaaegne välisõhus viibimine kahjustab huuli, tekitades muutusi, mis võivad hiljem saada pahaloomulise kasvaja tekkimise põhjuseks.

Kõigi nende suulimanahka kahjustavate mehaaniliste, termiliste, keemiliste jt. faktorite toime ei ole tugev, kuid need korduvad ja kestavad pikemat aega. Mälumisel ja rääkimisel traumatiseeruvad suulimanaha ühed ja samad kohad pidevalt. Selle kestva ärrituse tagajärjel tekivad suulimanahal proliferatiivsed protsessid — need on aga juba vähieelsed seisundid ehk prekantseroosid. Eristatakse kolme liiki proliferatiivseid protsesse. Kõige sagedamini esinevad koldelised hüperplastilised protsessid, mille hulka kuuluvad suulimanahal ja huultel esinevad düskeratoosid, leukoplaakia ja papilloomid. Teise proliferatiivsete protsesside liigi moodustavad kestvad regeneratoorsed protsessid. Näitena võiks tuua suulimanaha krooniliste haavandite äärtel toimuvaid regeneratoorseid protsesse. Kolmanda liigi moodustavad põletikkudega seotud epiteelivohandid.

Pahaloomuliste kasvajate esimeseks, ettevalmistavaks staadiumiks ongi kirjeldatud hüperplastilised protsessid suulimanahal. Sellised hüperplastilised protsessid võivad esineda pahaloomulise kasvaja ettevalmistava või esimese staadiumina ka teistes elundites, nagu söögitorus, maos, maksas jm. Suuõõne limanahal omavad need erilist tähtsust seepärast, et nad on hästi nähtavad ja kergesti diagnoositavad. Meil on olemas kõik põhjused arvamiseks, et vähieelsed protsessid ehk prekantseroosid on kõigi pahaloomuliste kasvajate üldiseks ja tingimata esinevaks staadiumiks. Seejuures tuleb aga rõhutada, et prekantseroosi üleminek pahaloomuliseks kasvajaks ehk tema maligniseerumine ei pruugi alati toimuda ja seda üleminekut pahaloomuliseks kasvajaks on võimalik vältida prekantseroosi õigeaegse eemaldamisega.

Millised ülesanded on stomatoloogil pahaloomuliste kasvajate tekkimise esimese, s. o. ettevalmistava ehk prekantseroosse staadiumi vältimisel?

Suuõõnes esinevate vähieelsete protsesside ärahoidmise üheks tõhusamaks abinõuks on suuõõne saneerimine. Kõigepealt tuleb eemaldada gangrenoossed hambajuured ja lagunenud kroonidega hambad, mida pole enam võimalik taastada. Gangrenoossete juurte jätmine proteesi alla on arsti viga ja kui see viga on tehtud, siis tuleb see heaks teha, kõrvaldades säärased juured võimalikult kiiresti suuõõnest. Üle kaviteedi äärte seisvad täidised tuleb asendada uutega. Toidu peetumisel hammaste vahed tuleb taastada kontaktpunktid, mis hoiab ära interdentaalse papilli pideva traumatiseerimise mälumisel. Teravate servadega ja igemesse lõikuvad sillad ning hambakroonid tuleb suuõõnest eemaldada. Samuti ei või kanda proteesi, mis traumatiseerib suulage, või tekitab suuesiku võlvi haavandeid. Suuõõne saneerimise alla kuulub ka hambakivi eemaldamine ja hambaharja kasutamise õpetamine.

Iga stomatoloog peab osutama tõsist tähelepanu mistahes suulima-

nahal esinevale muutusele. Stomatoloogide silmade alt käib iga päev läbi hulgaliselt stomatoloogilisi haigeid, kelle vähieelsed protsessid võivad jääda diagnoosimata, kui me neile muutustele ei osuta küllaldast tähelepanu. Suuõõnes ei tohi üldse esineda hilinevad või hooletusse jäetud pahaloomulisi kasvajaid.

Millised on stomatoloogi ülesanded prekantserooside avastamisel?

Peamiseks ülesandeks on prekantseroosi eemaldamine kirurgilisel teel. Põselimanahalt, keelelt ja suupõhjalimanahalt on kõige parem eemaldada muutunud limanahk ovaalse löikega ja tekkinud haav kinni õmmelda. Kõva suulae limanahalt prekantseroosi eemaldamisel pole võimalik haava kinni õmmelda, sest limanahk on alusega tugevasti liitunud. Et prekantseroosi eemaldamisel tuleb kaasa ka kõva suulae periost ja luu võib periosti puudumise tõttu infitseeruda, siis tuleb enne operatsiooni valmistada haigele suulaeplaat, millega surutakse jodoformtampoonid haavale ja hoitakse seal kuni 10 päeva, kuni luud katavad värsked granulatsioonid. Kui puuduvad võimalused plaadi valmistamiseks, siis võib jodoformtampoone fikseerida ka ligatuurtraadiga.

Leukoplaakia on ammugi tuntud kui vähieelne seisund, millest võib alguse saada limanahavähk. Aastaid suulimanahal, kõige sagedamini põselimanahal, muutusteta püsinud leukoplaakia pahaloomulisuse tunnuseks on leukoplaakia äärte paksenemine, pinnale tekkivad lõhed ja leukoplaakia ümbruse limanahast tunduvalt kõrgemale tõusmine. Eriti halvaks sümptoomiks on leukoplaakia pinnale tekkinud lõhede veritsemine. Pahaloomulisuse tunnustega leukoplaakia tuleb kiiresti operatiivselt eemaldada. Leukoplaakia laia ulatuse tõttu põselimanahal pole võimalik tekkinud haava ääri kinni õmmelda, sest armistumise tagajärjel võib tekkida suu avamise takistus. Põselimanaha haav tuleb sel juhul plastiliselt katta. Selleks kasutatakse Thiersch'i plastikat ja plastikalapi fikseerimiseks hammastele kinnitatud plastmassist lahast. Thiersch'i lapiplastika õnnestub suus alati hästi.

Suulimanahal esinevaid papilloome kui vähieelseid seisundeid tuleb kirurgiliselt eemaldada jällegi ovaalse löikega. Varem kasutatud papilloomile ligatuuri asetamine nekroosi tekitamise eesmärgil ei ole lubatud. Selle meetodiga ei saa prekantseroosi põhjalikult eemaldada, mille tõttu arenevad retsidiivid. Papilloomide eemaldamisel tekkinud haava võib kokku õmmelda haavaääri lähendades. Operatiivselt eemaldatud suulimanaha muutunud koetükikesed tuleb alati saata pato-histoloogilisele uurimisele.

Pikemat aega limanahal püsinud prekantseroosne protsess hakkab maligniseeruma. Sellega algabki kasvaja teine staadium. Selles staadiumis suurenevad proliferatiivsed protsessid ja algab rakkude infiltratiivne kasv. Kasvaja läheb nüüd kiiresti üle kolmandasse staadiumi, s. o. tuumori kasvamise staadiumi, ja hakkab levima kogu organismis.

Millised ülesanded on stomatoloogil pärast vähieelse protsessi üleminekut maligniseeruvasse staadiumi?

Peamiseks ja esmajärguliseks ülesandeks on pahaloomulise kasvaja varajane diagnoosimine, sest sellest oleneb haige edaspidine saatus. Primaarsed kartsinoomid saavad alguse lõualuude alveolaarjätke seest, periodontaalpilus asetsevaist epiteelrakkudest, mis on hamba arenemisel esineva vaabaorgani jäänused. Primaarsed lõualuude kartsinoomid annavad kõige sagedamini põhjust diferentsiaaldiagnostilisteks eksimusteks. Esi-mese sümptoomina ilmub hambavalu ja hamba liikuvus. Kõigi suuõõnes leiduvate hammaste järelevaatamine on tuumori kahtluse puhul hädavajalik. Kahtlus pahaloomulisele kasvajale on suur, kui hammaste liikuvus ja valud hambais esinevad intaktsete hammaste puhul vastavas lõualuupooles. Pärast hamba ekstraktsiooni on lõualuude primaarsete kartsinoomide puhul kindlaks sümptoomiks tuumorimasside väljatungimine alve-

ooli ava kaudu. Sageli on ainsaks lõualuu pahaloomulise kasvaja sümptoomiks alveooli lahtijäämine pärast hamba ekstraktsiooni kauemaks kui tavaliselt. Kui alveool pärast hamba ekstraktsiooni pole sulgunud nädala või kümne päeva jooksul, siis tuleb kahtlustada lõualuu pahaloomulist kasvajat. Kartsinoomikahtlastel juhtudel on vaja alveooli pärast ekstraktsiooni sondeerida. Pahaloomulise primaarse kasvaja puhul lõualuus võib sondeerimisel tunda luu destruktsiooni ja sedastada interdentaalse septumi puudumist või alveooli põhja defekti.

Diferentsiaaldiagnostilisi raskusi esineb kasvajate diferentseerimisel lõualuude ostiitilistest protsessidest. Selguse annab siin röntgeni ülesvõte. Lõualuude kartsinoomi puhul esineb röntgeni ülesvõttel luu defekt, ostiitiliste protsesside puhul võib aga konstateerida sekvestreid. Mõningail kartsinoomijuhtudel eraldub kliiniliselt kartsinomatoosess haavandist sekvestreid, mis võib olla eksidiagnoosi põhjuseks.

Alalõualuu kartsinoomide diagnoosimine ei valmista erilisi raskusi, sest alalõualuu pahaloomulised kasvajakud on peamiselt sekundaarsed ja kasvaja on luule üle läinud suulimanaha kartsinomatoosess haavandist, mille tunnused on väga iseloomulikud, sest neil on kõrged vallitaolised ääred. Suuõõne pahaloomuliste kasvajate hilinevad juhtude põhjuseks on aga väga sageli haigete teadmatus: haiged hakkavad suulimanahal tekkinud muutusi ise ravima ega pöördugi arsti poole. Dekubitaalsed haavandid paranevad tavaliselt kiiresti, mõne päeva jooksul, kui haavandi põhjus on kõrvaldatud. Haavandi püsimisel suulimanahal pärast põhjuse kõrvaldamist on alati tõenäoline, et haavand kui prekantseroosne protsess on maligniseerunud. Igasugune määrimine medikamentidega on lubamatu ja haavand tuleb kiiresti ekstsideerida ovaalse löikega, nagu seda tehakse muudegi suulimanaha prekantserooside puhul.

Kui suulimanaha ja alalõualuu kartsinoomide nende hea nähtavuse tõttu suuõõnes on võrdlemisi kerge diagnoosida, siis valmistab alati suuri raskusi ülalõua kartsinoomide varajane diagnoosimine, sest Highmor'i koopa limanahast lähtuvate pahaloomuliste kasvajate varajane diagnoosimine on äärmiselt raske nende väheste nähtude tõttu, mis sel puhul esinevad. Võib öelda, et rõhuv enamik Highmor'i koopast lähtunud ülalõua pahaloomuliste kasvajatega haigeist ilmub kliinikusse ravile hilja ja hooletusse jäetud seisundis. Seepärast peab arst tähelepanu pöörama igale tühisemalegi kaebusele ülalõua suhtes, arvestades ühtlasi haige vanust. Esimesel kokkupuutel haigega diagnoositud pahaloomuline kasvaja ei tohi arstile enne rahu anda, kui diagnoos on lõplikult selgunud. Nende väheste sümptomide mitteametamine ülalõua kasvajate puhul ongi põhjus, miks ülalõua pahaloomuliste kasvajate diagnoos suures enamusel hilineb.

Ülalõua pahaloomuliste kasvajate haigusjuhtude analüüsimisel Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgilise stomatoloogia osakonnas selgus, et 37 % haigetest pöördus kliinikusse kahe kuu, 54 % kolme kuni kuue kuu ja 9 % üle kuue kuu möödumisel pärast esimeste haigusnähtude ilmnemist. Esimeste sümptomidena esinevad ülalõua pahaloomuliste kasvajate puhul meie materjalis 32 protsendil haigusjuhtudest hammaste liikuvus ja muutused igemeis, nagu igemete valutundlikkus, nende paksenemine ning vohamine. Selle grupi haigete puhul esineb kõige rohkem diagnostilisi eksimusi arstide poolt. Hammaste liikuvust ja muutusi igemetel, nagu igeme vohamine, peetakse põletikuliseks protsessiks ja sellega seoses raketatakse siis ka mitmesuguseid pahaloomuliste kasvajate puhul lubamatuid ravivõtteid, nagu paksenenud ja vohanud igeme korduv tulemusteta intsisioon, kuumad aplikatsioonid mitmesugusel kujul, nagu kompressid ja suuloputused.

Pahaloomulise kasvaja puhul esineva hambavalu korral piirduvad arstid sageli hamba ekstraktsiooniga, kusjuures hambad on sageli intakt-

sed ja seega puudub nende ekstraktsiooniks igasugune indikatsioon, sest valud ülalõuas on tingitud kasvaja surumisest närvipõimikule ja hamba eemaldamine seda valu ära ei võta. Valutavad ja liikuvad tervete kroonidega hambad ülalõuas peavad äratama kahtluse Highmor'i koopa pahaloolumulise kasvaja suhtes, mispärast tuleb viivitamatult kindlustada õige diagnoos kõiki abinõusid rakendades. Hammaste ekstraheerimine üksteise järel ja asjatu ootamine, et hambavalu lakkaks, põhjustab seda, et haiged hilinevad ülalõua pahaloolumuliste kasvajate puhul kliinikusse operatsioonile tulekuga kahe kuni kolme nädala võrra. Pahaloolumuliste kasvajate puhul peetakse alveolaarjätmete konfiguratsiooni muutusi ja igemete paksenemisi kõige sagedamini gangreenhamba põletikkudest põhjustatuks, mille tagajärjel määratakse ka vale ravi kompresside ja suuloputuste kujul.

Hingamise takistus ja eritus ühest ninapooltest on esinenud meie haigeil ülalõua pahaloolumuliste kasvajate puhul 25 protsendil juhtudest. Selle grupi haigetel esineb sageli ebaõige diagnoosina haimoriit. Selle puhul rakendatakse pikemaajalisi raviprotseduure, nagu Highmor'i koopa korduvad loputused, mille tõttu ülalõua kasvajate operatiivne ravi hilineb ja kasvaja on muutunud inoperaabelseks.

Kahtlastel juhtudel on soovitatav teha antrotoomia ja kontrollida Highmor'i koobast kasvaja suhtes. Diagnoosi aitab selgitada ka röntgeni ülesvõte, millele eelnevalt *antrum* täidetakse kontrastainega.

Nagu meie kogemustest selgub, on ülalõua kasvajate operatiivse ravi hilinemise peamisteks põhjusteks vähesed sümptoomid haiguse algstaadiumis, nende mittetundmine haigete poolt ja arstide tähelepanematus nende suuõõnes esinevate sümptomide suhtes.

Haigete teadmatuse likvideerimiseks on vaja teha laialdast sanitaarselgitustööd elanikkonna hulgas. Tuleb juhtida tähelepanu pahaloolumuliste kasvajate sümptomidele ning nende sümptomide ilmumisel nõuda kiiret arsti poole pöördumist. Elanikkonna massilised profülaktilised järelevaatused on tõhus abinõu pahaloolumuliste kasvajate vastu võitlemisel.

Задачи стоматологов в борьбе с предраковыми заболеваниями и злокачественными опухолями полости рта

В. Хийе

Резюме

Каждый стоматолог должен в своей повседневной работе уделять большое внимание патологическим изменениям слизистой рта, чтобы выяснить, не имеются ли признаки предракового заболевания полости рта.

В профилактике предканцерозов и злокачественных опухолей имеет большое значение санация полости рта, так как вследствие механического раздражения острыми краями разрушенных зубных коронок и гангренозных корней могут возникнуть на слизистой оболочке полости рта и языка декубитальные язвы. Возникновение злокачественных опухолей от предраковых заболеваний зависит от продолжительности механического раздражения, организма в целом и от состояния центральной нервной системы.

При предраковых заболеваниях слизистой полости рта и языка необходимо патологически измененные ткани удалить оперативным путем. Небольшие изменения слизистой рта удаляются овальным разрезом в здоровой ткани. Вследствие удаления предраковых заболеваний слизистой щеки, возникших от лейкоплакии, образуются большие дефекты слизистой, устраняемые свободной пластикой.

В материалах отделения хирургической стоматологии Тартуской республиканской клинической больницы отмечены больные с предраковыми заболеваниями: язвы слизистой щеки и дна полости рта, лейкоплакия щеки и языка, папилломы слизистой щеки и дискератозы нижней губы.

Удаленные оперативным путем измененные ткани слизистой рта необходимо пато-гистологически исследовать и при выявлении предканцероза надлежит больных диспансеризовать, вызывая их через каждые четверть года для повторного осмотра.

Emakakaela vähi kirurgilise ja kiiritusravi tulemusi

V. Kuusik,

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst A. Gavrilov)

Käesolevas töös anname ülevaate Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris väljaarendatud emakakaela vähi kombineeritud (kirurgiline + kiiritus) ravi esimestest tulemustest. Kombineeritud ravi alustasime 1949. a. oktoobrikuus. 1. oktoobrist 1949. a. kuni 31. detsembrini 1956. a. registreeriti Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris polikliinilisel vastuvõtul 804 esmakordset emakakaela vähi haiget, kes ei olnud saanud primaarset ravi teistes raviasutustes. Haiged registreeriti järgmiste staadiumidega: I staadium — 230 (28,6%), II staadium — 321 (39,9%), III staadium — 220 (27,1%), IV staadium — 33 (4,12%). Kõige noorem haige oli 24-aastane, kõige vanem 84-aastane. Keskmine vanus oli 51,04 a.

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on kõik operatsioonile määratud haiged klassifitseeritud enne operatsiooni kliinilise leiu alusel. Me opereerime kliiniliselt kindlaks määratud I ja II staadiumi haigeid. Kliiniliselt III staadiumi haigeid me ei opereeri ja leiame, et III staadiumi kuuluvad haiged on opereerimatud, sest parameetrium on nendel infiltreeritud kuni vaagna seinani, nii et rektaalselt palpeerides ei leidu tuumori ja vaagna seinaga vahel vaba ruumi. Arstid, kes opereerivad III staadiumi haigeid, ei ole staadiumi õigesti klassifitseerinud, või on seda teinud peale operatsiooni isoleeritud metastaatiliste näärmete leiu puhul [Serebrov (4)].

804-st polikliinikus registreeritud haigest allutati ravile 694 (86,4%). Absoluutsete ravitulemuste selgitamiseks arvestame ka need juhud. Opereeriti 218 haiget, seega absoluutne operaabelsus on 27,1%. I staadiumi haigetest 134 (58,25%), II staadiumi haigetest 83 (25,1%) ja III staadiumi haigetest 1 (0,45%). Opereeritud haigetest oli kõige noorem 24-aastane ja kõige vanem 65-aastane. Keskmine vanus oli 42,64 a.

Operatsiooni eel ekskohleatsiooni ei teostatud. Biopsiat teostasime ainult kahtlastel juhtudel. Ekskohleatsioon ja biopsia soodustavad kartsinoomi tungimise ohtu ümbrusesse [Werner (12)]. Tupe ja emakakaela valmistame ette operatsiooni eel 5%, joodilahusega. Operatsiooni teostame sügava narkoosi all, ühe assistendiga. Alates 1954. aastast kasutame eeter + hapniknarkoosi.

Operatsioonil püüame eemaldada ühise operatsioonipreparaadina suuri veresooni katva side- ja rasvkoestiku koos mahlasõlmede ja -teedega ühes emaka parameetriumi ja paravaginaalkoestikuga. Normaalsel juhudel, kui vähikude ja põletikulised liited ei ole haaranud väikest vaagnat, kulub aega esimesest löikest kuni genitaalorganite eemaldamiseni 30—35 minutit. Joonisel nr. 1 näeme emakakaela vähi puhul radikaalselt eemaldatud operatsioonipreparaati.

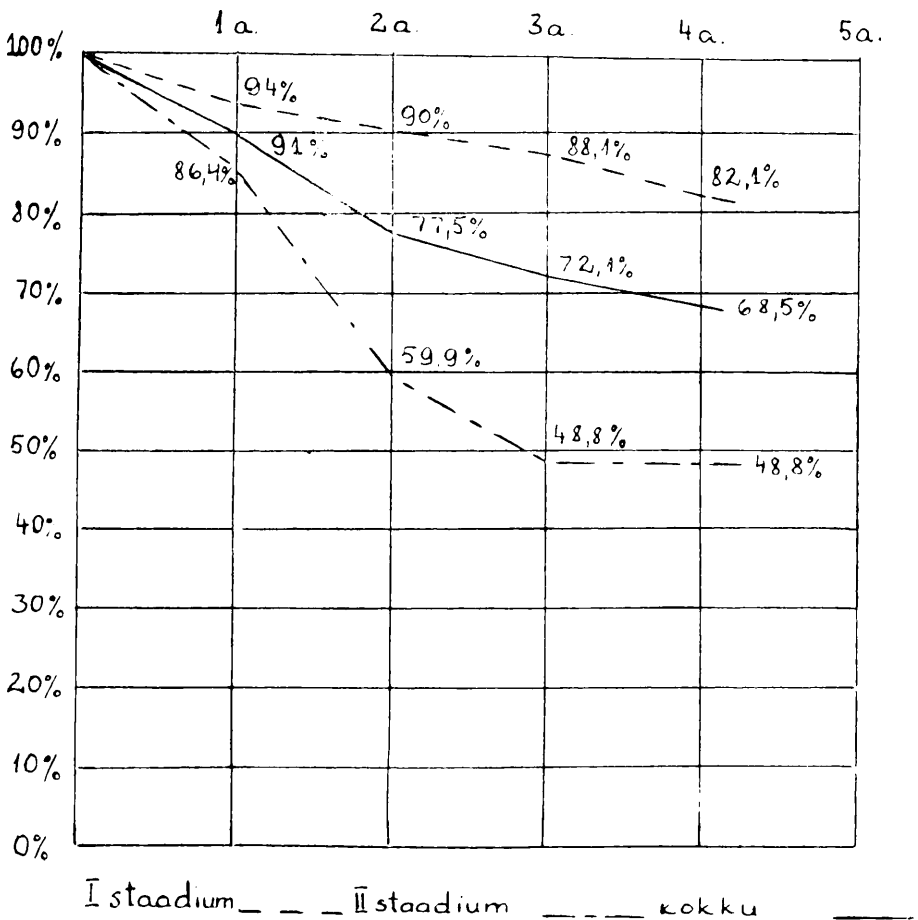
14 kuni 20 päeva pärast radikaalset operatsiooni alustame profülaktilisi kiiritusi röntgeniga. 218-st haigest kiiritati operatsioonijärgselt 209 inimest. 38 haige juures viidi läbi eelkiiritus, kas haige üldise nõrkuse, haigusprotsessi leviku või operatsioonitoa remondi tõttu.

Tähtsat osa etendab regionaarsete mahlasõlmede eemaldamine. Leidub rida autoreid [Serebrov (4), Taussig (10), Meigs (8)], kes eemaldavad obligatoorselt suuri veresooni katva koestiku koos mahlasõlmede ja teedega. Teised autorid [Werner (12), Weibel (11) jt.]. eemaldavad ainult palpatoorselt kahtlased metastaatilised mahlasõlmed. Nad ühinevad kiiritusravi poolrajatega ja näevad järelejäanud sidekoe suurt tähtsust kartsinoomi tõrjes. Nende arvates ei ole obligatoorselt võimalik kõiki mahlateid eemaldada ja sidekoele peab jätma võimaluse hävitada mikroskoopilisi vähimasse. Mahlasõlmede metastaaside sagedus on mit-



Joonis 1. Emakakaela vähi puhul radikaalselt eemaldatud operatsioonipreparaat

Emakakaela vähi kombineeritud ravi paranemise näitaja üksikute aastate järele 1949—1953



mete autorite järgi erinev. See põhineb üksikute sõlmede seerialiste lõigete sageduse tulemusel ja kõigub 15,8 kuni 23% -ni [Beljajev (1), Werner (12), Meigs (8)]. Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris leidsime alates 1951. a., millal alustasime näärmete süstemaatilise uurimisega, 193-st haigest 39-l (20,2%) vähi suhtes positiivseid mahlasõlmi.

Emakakaela vähi radikaalse operatsiooni halvemaks kõrvalnähuks on operatsioonile kaasuvad sagedased komplikatsioonid ja kõrge suremus. Komplikatsioonide ja suremuse hulka arvestame kõik operatsioonist tingitud juhud, mis tekivad haige statsionaaris viibimisel või pärast sealt lahkumist. Sagedasema kaasnähuna esineb põie tahtelise tühjendamise võime kadumine ja jääkuriini kogunemine. 66 haiget hakkasid tahteliselt urineerima pärast viiendat operatsioonipäeva ja 33 haiget pärast seitsmendat operatsioonipäeva. Põie parees on tingitud põit innerveerivate parasümpaatiliste ja sümpaatiliste kiudude läbilõikamisest. Peale emaka radikaalse ekstirpatsiooni tekib põielihase hüpertoonus [Richter (9)]. K. Richter (9) teostas tsüstoskoopilisi mõõtmisi ning täheldas põie siserõhu tõusu ja põie kapatsiteedi langust. Ta eitas atooniat. Jääkuriini tekkimine on samuti tingitud põie, eriti detruusori hüpertoonusest. Jääkuriini seisund viib epiteeli troofiliste häireteni, tekitades tsüstiite. Sellised kerged tsüstiidid tekivad väga sageli. Meie andmetel esines raskemaid tsüstiite ja püelonefriite 21-l juhul. Need möödusid mõne aja jooksul.

Möödapääsmatud komplikatsioonid on fistulid. Ureterovaginaalfistulid on tingitud ureteri seina toitmise häirest ja tekivad nekroosi tagajärjel [Serebrov (4), Wertheim (11) jt.]. Neid esineb igal ajal ja igal autoril, keskmise sagedusega 5 kuni 19% [Novikova (3), Wertheim (11), Meigs (8), Brunschwig (6)]. Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris esines 218-l opereeritud haigel põiefistuleid 4 (1,9%) ja ureterovaginaalfistuleid 6 (2,7%).

Tabelis nr. 1 näeme operatsiooniaegseid ja operatsioonijärgseid komplikatsioone.

Sulfoniilamiidide ja antibiootikumide ajastul operatsioonitehnika valdamisel on primaarne suremus langenud miinimumini, Beljajev (1) teatab 252 operatsiooni juures 4,8%, suremusest, kusjuures viimased 162 operatsiooni teostati ilma surmajuhtumita. Novikova (3) andmetel suri Moskva P. A. Herzeni nimelises Riiklikus Onkoloogiainstituudis 285 opereeritud haigest 4,2%, viimase 202 operatsiooni juures oli suremus 1,49%. Dobrotin (2) opereeris 239 juhtu suremusega 2,09%. Meigs (8) teostas 100 operatsiooni, eriti selekteeritud juhtude juures operaabelsusega 7—10% ilma suremuseta, 344 operatsiooni järel oli suremus 1,7% (7). Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris 218 opereeritud haigest suri 3 (1,37%). Surma põhjusteks oli ühel juhul operatsioonijärgne šokk 60-aastaselt naisel, ühel juhul subfreeniline abstsess, mis tekkis ureterovaginaalfistuli järel, ja ühel juhul trombemboolia seitsmendal päeval pärast operatsiooni.

Olulisema osa moodustavad pahaloomuliste kasvajate kui ka emakakaela vähi ravis hilisemad tagajärjed, s. o. tagajärjed 5 aastat pärast operatsiooni. Novikova (3) leiab, et 3- ja 5-aastase ravi tulemuste vahe on 2%. Seega võib 3-aastase ravi tulemusi käsitleda hilistagajärgede hinnanguna. Käesolevas töös vaatleme kombineeritud 4-aastase ravi hilistagajärgi. 1949. kuni 1953. aastal (incl.) raviti 111 haiget, kellest suri 33. Puuduvad teated kahe haige kohta. Seega elasid 4 ja enam aastat 76 (68,5%) haiget. I staadiumi kuuluvast 67-st haigest suri 4 aasta jooksul 10, kaduma jäi 2; 4 ja enam aastat elas 55 (82,1%). II staadiumi kuuluvast 44-st haigest suri 4 aasta jooksul 23 haiget, 4 ja enam aastat elas 21 (48,8%) haiget. Positiivsete mahlasõlmedega ehk III staadiumi metastaatilise variandi juures elasid 4 ja enam aastat 13 haigest 8 ehk 61,5%.

5 ja enam aastat elasid Beljajevil (1) 23%, Meigsil (8) 26,1%, Dobrotinil (2) 39,1%.

Tabel nr. 1

Operatsiooniaegsed ja operatsioonijärgsed komplikatsioonid

Komplikatsiooni nimetus	Haigete arv	Tulemus
Operatsiooni vältel		
Iliakaalveen avatud	2	Veen ligeeritud. Tulemus hea.
Põis avatud	3	Kahel juhul ömmeldud. Tulemus hea. Ühel juhul jäänud tähelepanemata.
		Postoperatiivselt fistul. Kaks kuud hiljem tehtud <i>fistularrhaphia</i> . Efekt hea.
Ureteri vigastus	1	Tehtud <i>implantatio ureteri</i> . Efekt hea.
Šokk	2	Efekt hea.
Operatsioonijärgsed		
Põie parees üle 5 päeva	66	Paranesid spontaanselt.
Põie parees üle 7 päeva	33	—
Ureterovaginaalfistulid	6	4 paranesid spontaanselt. Ühel juhul tehtud <i>implantatio ureteri</i> . Ühel juhul surm.
Põievaginaalfistulid	4	Kahel juhul paranesid spontaanselt. Kahel juhul <i>fistularrhaphia</i> , millest ühel juhul efekt hea, teisel juhul fistul säilis.
Tsüstiidid ja püelonefriidid	21	Paranesid.
Kõhulihaste diastaas	5	Neljal juhul opereeritud, efekt hea. Ühel juhul säilib, haige keeldub operatsioonist.
Haava mädanemine	4	Kahel juhul paranes <i>per secundam</i> . Ühel juhul paranes <i>per primam</i> . Ühel juhul hiljem opereeritud.
Verejooks	1	Operatsioonijärgselt tamponeeritud. Efekt hea.
Tromboemboolia	1	Seitsmendal päeval surm.
Šokk	2	Ühel juhul efekt hea. Ühel juhul surm.

Joonis nr. 2 annab üksikasjaliku ülevaate kombineeritud ravi tulemustest 1., 2., 3. ja 4. raviaasta lõpul.

Joonisest selgub, et suurem osa haigetest suri kahel esimesel aastal, mõned 3-dal raviaastal. Peale 3-dat aastat suremus langeb. Kahe aasta möödumisel võime välja arvestada 5 aasta ravitulemused. Tulemused on toodud kõigi haigete kohta, arvestades kadumajäänuid ja interkurrentsetesse haigustesse surnuid.

Tabel nr. 2 annab võrdleva ülevaate tähtsamate ravikeskuste ravi hilistagajärgede kohta.

Tabel nr. 2

Emakakaelavähi kombineeritud ja kirurgilise ravi hilistagajärjed (pärast viit aastat)

Autor	Aasta	Haigete arv	Operaabelsus %	Elusate arv	I staadiumiga elusate %	II staadiumiga elusate %	Kokku elusate %
Novikova (Moskva) ¹	1955	104	—	67	77,1	—	64,4
Dobrotin (Gorki) ¹	1956	239	—	165	81	55,3	70,2
Beljajev (Irkutski) ¹	1954	252	33,3	127	68,1	39,6	50,4
Liu, Meigs	1955	193	—	133	75	54	68,9
Brunschwig (New-York) ²	1953	147	79	80	82	58	54
Werner (Viin) ¹	1952	165	76,35	98	86,95	72,2	59,39
Bernard (Praha)	1955	63	—	32	59,3	44,4	50,7
Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser ³	—	111	27,1	76	82,1	48,8	68,5

¹ osa haiged on viidud pärast operatsioonipreparaadi uurimist kõrgemasse staadiumi.

² kolmeaastased tagajärjed.

³ nelja-aastased tagajärjed.

Eeltoodud emakakaelavähi kombineeritud ravi tulemused Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on ravi väljaarendamise järgu esimesed tulemused, millal me ei vällanud veel küllaldaselt operatsioonitehnikat ega omanud vajalikku sügavkiiritusravi aparatuuri. Operatsioonitehnika ja järelkiirituse täiendamisega loodame haigete ravi hilistagajärgede paranemist. Seda näeme 1953. a. ravi andmetest, millal opereeriti 24 haiget (19,6%). Ravitud 24 haigest suri 1 primaarselt, 2 positiivsete mahlasõlmedega metastaasidesse ja ühe kohta puuduvad andmed. Seega elavad 4 ja enam aastat 20 ehk 83,3%, I staadiumis 16 : 17 (94,1%), II staadiumis 4 : 7 (57%), 0 staadiumis ehk *Ca in situ* haiged, kus invasioon ei ole tunginud basaalmembraanist läbi, me ei opereeri ega pole arvestanud eeltoodute hulka.

Kirjandus

1. Беляев Е. И. — Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения с последующей рентгенотерапией больных раком шейки матки. Советская Медицина, 1954, 24—26.
2. Добротин С. С. — Ближайшие и отдаленные результаты хирургического комбинированного лечения рака шейки матки и пути снижения послеоперационной летальности и осложнений. Вопросы Онкологии, 1956, 331—338.
3. Новикова Л. А. — Методика лечения рака шейки матки. Вопросы Онкологии, 1955, 3, 9—15.
4. Серебров А. И. — Рак матки, 1957.
5. Bernard, A. — Chirurgická léčba rakoviny čipku děložního. Časopis lékařů Českých. 1955, XCIV, (30—31), 809—813.
6. Brunschwig, A. — The Surgical Treatment of Cancer of the Cervix Cancer, 1953, vol. 6, 980—986.
7. Liu, W. and Meigs, J. — Radical Hysterectomy and Pelvic Lymphadenectomy. Am. J. Obst. and Gynec., 1955, 69 (1), 1—32.
8. Meigs, J. — Surgical Treatment of Cancer of the Cervix, New-York, 1954.
9. Richter, K. und Albrich, W. — Zur Frage der postoperativen Harnverhaltung nach erweiterter Totalexstirpation wegen Carcinoma colli uteri, Zentralblatt für Gyn., 1951, 12, 1103—1108.

10. Taussig, F. — Iliac Lymphadenectomy for Group II Cancer of the Cervix, Am. J. Obst and Gynec., 1943, 45, 732—748.
11. Weibel, W. — 25 Jahre «Wertheimischer Carcinomoperation» Arch. für Gyn., 1929, Bd. 135, 1—57.
12. Werner, P. — Die Wertheimsche Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri, Wien, 1952.

Результаты хирургического и лучевого лечения рака шейки матки

В. Куузик

Резюме

С 1 октября 1949 года по 31 декабря 1956 года в Таллинском республиканском онкологическом диспансере на приеме в поликлинике зарегистрировано первично больных раком шейки матки 804 человека. Из них: в I стадии — 230 (28,6%), во II стадии — 321 (39,9%), в III стадии — 220 (27,4%) и в IV стадии — 33 (4,12%). Больные до поступления в диспансер не получали лечения в других лечебных учреждениях.

Ввиду того, что результаты лучевого лечения не оказались достаточно эффективными, мы начали с 1 X 1949 года применять к больным, относящимся клинически к I и II стадиям заболевания, комбинированное лечение (хирургическое + лучевое).

Для правильной оценки результатов методов лечения мы классифицировали стадии болезни перед лечением по клинической картине и оставили больных на учете после операции в той же стадии, независимо от результатов пато-гистологического исследования.

Из больных I стадии были оперированы 134 (58,25%), II стадии — 83 (25,1%) и III стадии — 1 (0,45%), всего — 218, что составляет 27,1% из числа всех зарегистрированных больных.

Средний возраст оперированных 42,64 г.

На первом этапе операции удаляем вместе с опухолью в обязательном порядке регионарные лимфатические узлы, по возможности в одном целом препарате. Метастазы в лимфатических узлах были найдены в 20,2% случаев. Из осложнений было: свищей мочевого пузыря 4 (1,9%), уретеро-вагинальных свищей 6 (2,7%) и повреждений мочеточников 1 случай. Циститы и пиэлоциститы встречались в 21 случае. После операции умерло 3 (1,37%). Из оперированных больных получали дооперационную рентгенотерапию 38 человек и послеоперационное профилактическое рентгенооблучение 209 человек. 6 больных не получали лучевой терапии.

Вышеуказанные данные являются первыми результатами проведенного в Таллинском республиканском онкологическом диспансере комбинированного лечения рака шейки матки. В связи с усовершенствованием операционной техники и послеоперационного лучевого лечения надеемся, что достигнутые результаты значительно улучшатся в будущем. Это видно уже по данным лечения 1953 года. В 1953 году было оперировано 24 (19,6%). Из 24 больных умерло: после операции I, вследствие метастазов в лимфоузлы 2, нет сведений об одной больной, живут 4 и более лет 20 (83,3%). Больных с *Ca in situ* мы не оперируем и не учитываем в приведенных данных.

Pulsiaegade kõikumisest lapse- ja noorukieas¹

E. Käer-Kingisepp ja M. Epler

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna füsioloogia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste doktor, professor E. Käer-Kingisepp)

Südametsükli kestus (pulsiaeg) pole teatavasti konstantne, vaid näitab vähemaid või suuremaid kõikumisi alla- ja ülespoole keskmist pulsiaega. Vahe aeglasemate ja kiiremate pulsiaegade vahel võib ulatuda mõnest sajandikust kuni mõne kümnendiku sekundini. Ümberarvutatuna löögisagedusele tähendab see minutisageduse varieerumist kuni paarikümne löögi ulatuses.

Juba 1847. a. kirjeldas C. Ludwig (1) loomadel (koeral ja hobusel) pulsiaegade kõikumist sõltuvalt hingamisfaasidest. Märksa hiljem tehti kindlaks inimesel pulsiaegade seos hingamistalitlusega, nimelt 1871. a. Heringi (2) ja selle järel ka rea teiste autorite poolt. Pulsiaegade lühenemine inspiiriumis ja pikenemine ekspiiriumis kannab lühidalt südame respiratoorse arütmia nimetust, kuna nähtus ise kujutab enesest ühte füsioloogilise siinusarütmia avaldust.

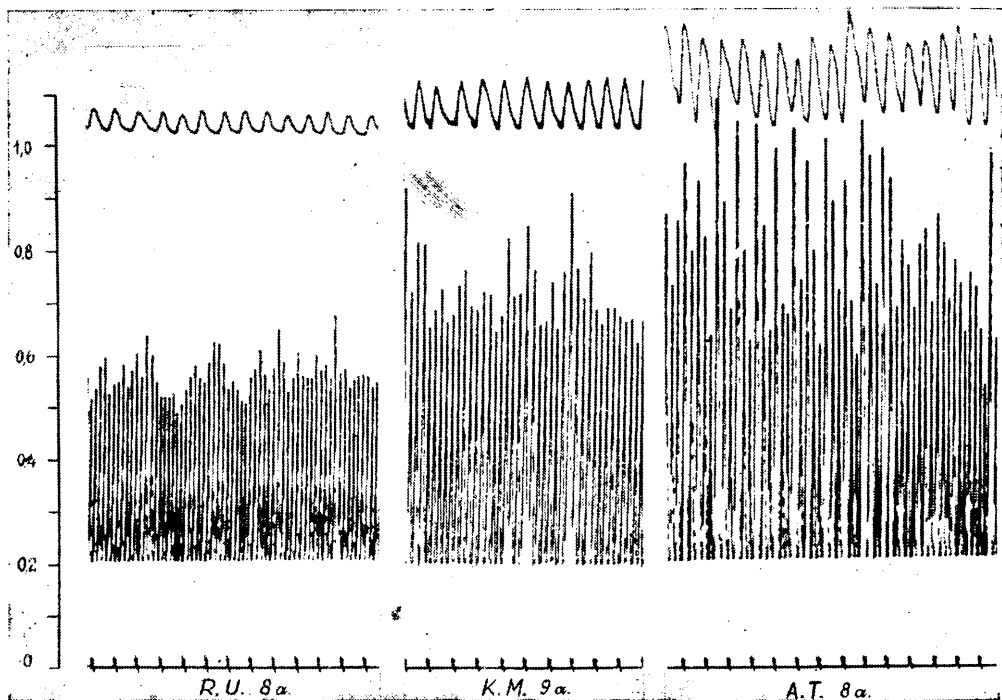
Kliinilises kirjanduses vaadeldakse respiratoorset arütmia kui alaealistele omast nähtust [Lebedev (3), Mjasnikov (4), Tarejev (5) jt.], mida nimetatakse seepärast ka juveniilseks arütmiaaks [Mackenzie (6)]. Teiselt poolt on kirjeldatud respiratoorset arütmia ka veel kõrges vanaduses, üle 80 aasta vanustel isikutel [Wenckebach ja Winterberg (7) jt.]. Süstemaatilisi uurimusi füsioloogilise siinusarütmia kohta mitmesugustes eluigades pole kirjanduses palju. Schlomka (8) leiab kõige ulatuslikumaid kõikumisi pulsiaegades 6.—15. eluaastal. 16. kuni 25. eluaastani on kõikumiste ulatus juba märksa väiksem. Hilisemas eas väheneb see veelgi. Nordenfelt'i järgi (9) esinevad pulsiaegade suured kõikumised 5. kuni 6. eluaastani ja hiljem 11. kuni 15. eluaastani. Meie andmetel esinevad respiratoorse arütmia kõrged näitajad 7. ja 18. eluaasta vahel. Sellest peale langevad arütmia näitajad võrdlemisi järsult kuni 25. eluaastani. Edasi toimub pikaldane kuid püsiv langus kuni kõrge vanaduseni, millal pulsiaegades võib kindlaks teha ainult väikseid kõikumisi [Käer-Kingisepp ja Epler (10)]. Enamik autoreist eitab pulsiaegade kõikumisi vastsündinuil ja imikuil [Nordenfelt (9), Aršavski (11, 12), Jenikejeva (13, 14) jt.].

Kliiniliste tähelepanekute põhjal on püütud seostada respiratoorse arütmia avaldumist südamelihase seisundiga, sest müokardi kahjustuste puhul on pulsiaegade kõikumised sageli minimaalsed ning võtavad kompensatsiooni väljakujunemisel uuesti suurema ulatuse [Wenckebach ja Winterberg (7), Pongs (15), Fleisch ja Beckmann (16) jt.]. Nagu rõhutab Mjasnikov, ei tule rekonvalesentsuse ajal täheldatavat suurt respiratoorset arütmia pidada müokardi kahjustuse tunnuseks. Seevastu peetakse väljakujunenud respiratoorset arütmia nii lapsel, noorukil kui ka täiskasvanul neurovegetatiivse labiilsuse näitajaks [Brock (17) jt.].

Vasturääkivaid ja kahtlevaid seisukohti, mida on avaldatud respiratoorsete pulsiaegade kõikumise olemuse ja kliinilise tähtsuse kohta, saab osalt seletada sellega, et pulsiaegade registreerimiseks oli valitud meetod, mis ei võimaldanud jälgida pulsiaegade dünaamikat (vaatlusi teostati lühikese aja jooksul). Kõige kättesaadavam palpatoorne pulsi uurimine ei võimalda aga eraldada pulsiaegade diferentse alla 0,1—0,2 sek. Uuemat ajal on enamik autoreid pulsiaegade kindlakstegemisel kasutanud elektrokardiogrammi, mille puhul registreerimise aeg võib olla soovikohase pikkusega (20—30 minuti jooksul toimuv pulsiaegade registreerimine või-

¹ Ettekanne Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi konverentsil Tallinnas, 19. novembril 1957. a.

maldab jälgida dünaamikat). Elektrikardiograafia puhul aga saame 30 minutiga umbes 50 meetrit filmi (!), mille läbitöötamine teeb selle muidu täpse meetodi väga raskepäraseks. Aparaaadi, mis võimaldab ajalisi intervalle registreerida vertikaalsete ordinaatidena tihedalt üksteise kõrvale, esitas A. Fleisch Tartus 1930. a. [ordinaatajakirjutaja-pulsiajakirjutaja, Fleischi aparaaadi uus tüüp — ortokronograaf 1954 (18, 19)]. Selle abil kümograafide registreeritud pulsiaegade kronogramm annab silmale ülevaatliku pildi ajaliste intervallide erinevuste kohta.



Joonis 1. Pulsiaegade kõikumiste näiteid lastel vanuses 8—9 a.

Respiratoorsed pulsiaegade kõikumised esinevad vastavalt hingamisfaaside vaheldumisele, nende kõrval on näha ka pikki laineid, eriti selgelt lapsel R. U. Tüüpiline on kõikidele lastele üksikute pikkade pulsiaegade esinemine.

Ülal: hingamisliigutuste kõver (pneumogramm); keskel: vertikaalsed jooned — ordinaadid, mille pikkus nulljoonelt annab pulsiaja kahe üksteisele järgneva pulsilöögi vahel. Skaalal pulsiajad (jaotus 0,1 sek.). All: ajamärgid 3 sek. järel Sama joon on ühtlasi pulsiaegade nulljooneks.

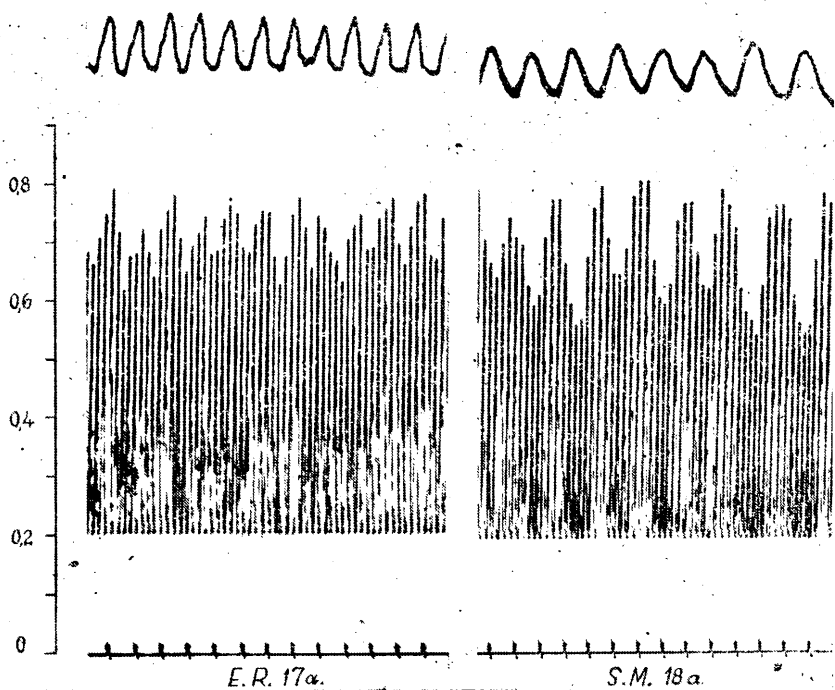
Lähtudes ealise füsioloogia aspektist käsitletakse käesolevas töös meie tähelepanekuid pulsiaegade kõikumise suuruse ja iseärasuste kohta lastel ja noorukitel eri vanuses, vaadeldes saadud andmeid teiste hemodünaamiliste näitajate ealiste muutuste taustal. Respiratoorse arütmia ealist kujunemist ja muutumist on jälgitud samadel lastel aastast aastasse, püüdes saada mõningat selgust südametegevuse regulatsiooni ealise kujunemise kohta.

Metoodika. Pulsiajad registreeriti graafikuliste ordinaatidena, s. o. pulsiaegade kronogrammna. Registreerimine toimus uue lihtsustatud ordinaatajakirjutaja¹ abil. Ordinaatkirjutaja märgib kahe üksteisele järgneva pulsi ajalise intervalli kümograafi lindile ordinaadina, täpsusega 0,01 sekundit. Saadud pulsiaegade kronogramm annab seega edasi pulsiaegade dünaamika mitme tuhande südametsükli kohta (30 minuti jooksul 2000—3000 pulsiaega umbes 1,5-meetrilisele lindile). Täpses vastavuses pulsiaegade kronogrammiga registreeriti pneumogramm.

¹ Käesolevas töös kasutatud uus lihtsustatud ordinaatajakirjutaja on ehitatud füsioloogia kateedris van. lab. J. Laidna ja lab. E. Lalli poolt.

Registreerimine viidi läbi võimalikult ühtlastes tingimustes mugavas istuvas asendis. Enne registreerimist tutvustati registreeritavale katseseadist, teostati eelregistreerimisi, mida materjali läbitöötamisel aga ei arvestatud. Pulsiajad registreeriti kokku enam kui 200 lapsel, 2 kuni 19 eluaastani. Valdav osa katsealuseid olid poeglapsed. Seepärast on käesolevaks tööks läbi töötatud ainult nende andmed. Korduvad registreerimised toimusid vähemas lasterühmas (10 last) 6 kuni 8 aasta jooksul.

Pulsiaegade erinevuste kindlakstegemisel kasutati näitajana: 1) rütmiindeksit $R. I.$, mis kujutab endast 4—5 suurima ja 4—5 vähima pulsiaja vahet [Schlomka ja Reindell (20)], 2) keskmist diferentsi d üksteisele järgnevate pulsiaegade vahel, 3) maksimaalset diferentsi üksteisele järgnevate pulsiaegade vahel (d_{max}). Kõik näitajad arvutati protsentuaalsete väärtustena keskmisest pulsisagedusest, saades sel teel ühtlased alused kõikumiste ulatuse võrdlemiseks.



Joonis 2. Pulsiaegade kõikumiste näiteid noorukitel vanuses 17—18 a. Respiratoorsed kõikumised selgelt eraldatavad, üleminekul pikkadelt pulsiaegadelt lühikestele sujuvad. Märkide seletus nagu joonisel 1.

Tehtud tähelepanekud näitasid, et pulsiaegade kõikumised seoses hingamise faasidega esinevad juba varajases lapseas. Suurima ulatuse saavutab respiratoorne arütmia 7. kuni 13. eluaastal ning puberteedia lõpul, s. o. 16. ja 19. eluaasta vahel. Andmed, mis iseloomustavad pulsiaegade kõikumiste ulatust alates 2. eluaastast kuni 19. eluaastani, on toodud tabelis nr. 1.

Nagu tabelist selgub, esineb kõrge rütmiindeks $R. I.$ 7. kuni 19. eluaastani. Nende aastate üldiselt kõrge tase langeb veidi 13. kuni 16. eluaastal, tõustes kõige kõrgemale 16. kuni 19. eluaastal, mil rütmiindeks ulatub 19,1-ni. Meie poolt varem kogutud andmetel langeb rütmiindeks 19. kuni 22. eluaastal 14,0-ni, 22. kuni 25. eluaastal 13,0-ni. Kõrge rütmiindeks lastel nii nooremas kui vanemas koolieas näitab suuri pulsiaegade variatsioone. Tuleb aga märkida, et rütmiindeks annab kõigepealt kujutluse pulsiaegade respiratoorsete muutuste ulatusest, seejuures ei ilmne aga pulsiaegade muutuste dünaamika üksikasjad. Kõrvutiasuvate pulsiaegade kõikumise iseloom selgub nii keskmise

Tabel nr. 1

Vanus aastates	Isikute arv	Rütmi-indeks R. I.	Keskmine diferents d	Maksimaalne diferents d_{max}	Keskmine pulsiga-sagedus	Keskmine hingamis-sagedus
2—4	22	11,0	7,0	21,5	110	34
4—7	18	12,0	6,0	23,1	105	25
7—10	20	16,8	9,0	30,0	92	20
10—13	19	16,6	8,7	28,5	90	22
13—16	36	15,4	7,1	21,0	85	20
16—19	33	19,1	7,3	20,0	77	17

kui maksimaalse diferentsi protsentuaalsete väärtuste vaatlemisel. Nagu tabelist nr. 1 nähtub, on d ja d_{max} väärtused suurimad 7. kuni 10. eluaastal ja samuti vanuserühmas 10—13 aastat (keskmine diferents 9,0 ja 8,7 ning maksimaalne diferents 30,0 ja 28,5). Nendes aastates on ajalised diferentsid kõrvutiasuvate pulsiaegade vahel kõige suuremad, keskmisi väärtusi d ja d_{max} jaoks ümber arvutades annaks see 0,1 ja 0,3 sek. Üksikutel lastel ulatub maksimaalne diferents 0,6 sekundini. See tähendab, et kiire pulss vaheldub järsult väga aeglase pulsiga. Juba järgnevas vanuserühmas 13. kuni 16. eluaastani ja veel enam, 16. kuni 19. eluaastani, on erinevused kõrvutiasuvate pulsiaegade vahel vähemad (d 7,1 ja 7,3 ning d_{max} 21,0 ja 20,0). Pulsiaegade lühenemine ja pikenemine toimub aste-astmelt ja mitte nii järsult nagu 7.—13. eluaastal. Eriti selgesti paistavad pulsiaegade kronogrammide võrdlemisel silma pulsiaegade kõikumiste ealised erinevused. Kronogrammide joonisel on näha üksikute pikkade ordinaatide vaheldumine lühikestega, selle kõrval aga kronogrammidel joonisel 2 ordinaadid pikenevad ja lühenevad järk-järgult, seetõttu jälgib ordinaatide pikkuse muutumine kronogrammil hingamislaineid.

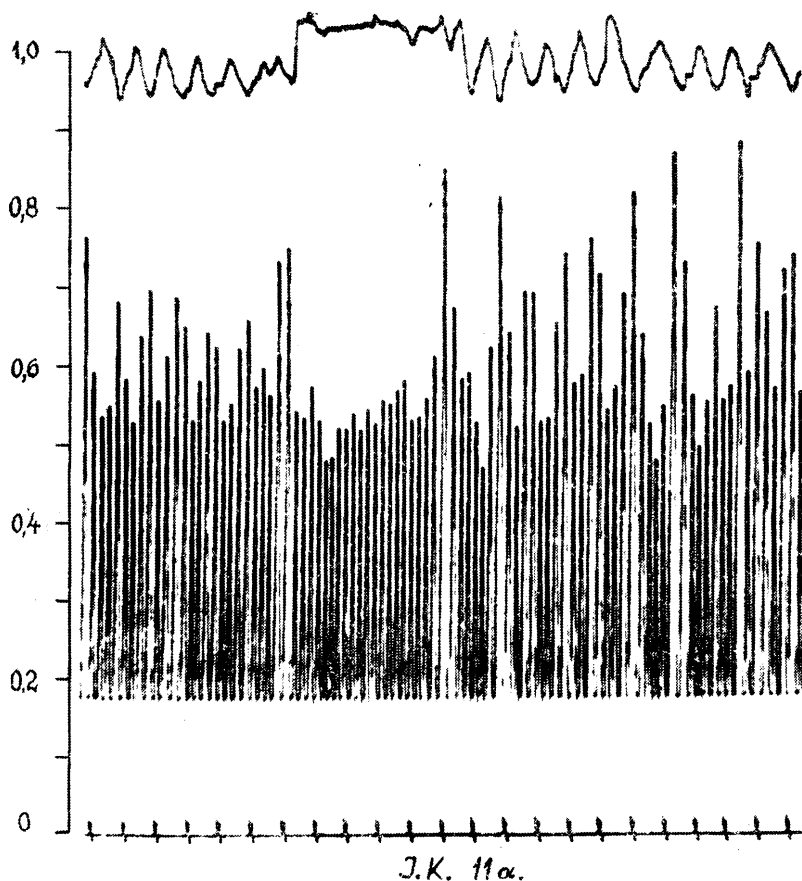
Järske, üksikuid aeglasi pulse (nn. vaaguspulse) esineb 7- kuni 10-aastaste laste rühmas ligikaudu 50 protsendil, 10- kuni 13-aastaste laste rühmas umbes 70 protsendil. Noorematel, alla 7 aasta, ja vanematel, üle 13 aasta vanustel lastel, esineb üksikuid aeglasi pulse kronogrammidel ainult 20 protsendil juhtudest, ka on kõikumiste ulatus vanematel lastel palju väiksem.

Vaaguspulsside seost hingamisfaasidega kinnitavad mitmed sellekohased tähelepanekud. Nimelt kaovad vaaguspulsid hingamise peatumisel, nagu nähtub kronogrammil joonisel 3, samuti kaovad vaaguspulsid, kui lapse tähelepanu ootamatult millelegi pöördub, ja ilmuvad uuesti huvi vaibudes. Selles avalduv lapse pulsi suur labiilsus näitab, et pulsiaegade pilt erinevates registreerimistingimustes võib kergesti muutuda. Ei saa jätta märkimata, et ka täiskasvanul igasugune tähelepanu koondamine, näiteks matemaatilise ülesande lahendamine, tasandab pulsi respiratoorseid võnkeid [Fleisch ja Beckmann (16)]. Nooruki pulsiaegade variatsiooni sõltuvus hingamisfaasidest on ilmne. Nagu pulsiaegade kronogrammidest joonisel 2 nähtub, pikenevad väljahingamisel ordinaadid ning lühenevad sissehingamisel aste-astmelt, andes enam-vähem sümmeetrilisi hingamislaineid. Ühe põhjusena südame respiratoorse arütmia dünaamikas tuleb arvestada vastavale eale omast suhet südamelöökide ja hingamise sageduse vahel. Kui nooremas koolieas vahekord südamelöökide ja hingamise sageduse vahel oli sageli 4 : 1 või isegi 3 : 1, siis noorukieas see vahekord nihkub 5 : 1 kuni 7 : 1 ja üksikutel juhtudel isegi üle selle (11 : 1). Lastel esineb tavalise südame ja hingamise sageduse suhte puhul 4 : 1 või 3 : 1 sageli ekspiratoorne aeglustumine üksikute aeglaste pulssidena, on aga suhe 5 : 1 ja enam, siis näeme eelpoolkirjeldatud sujuvat pulsiaegade kiirenemist ja aeglustumist vastavalt aeglasele ja sügavale

hingamisele. Seetõttu võib ka lapsel esineda mõnevõrra nooruki pulssi meenutavaid hingamislaineid, kui südamesageduse ja hingamissageduse suhe on üle 4,5, nagu nähtub ühe 6-aastase lapse pulsaegade kronogrammil joonisel 4.

Olgu siinkohal märgitud, et kiirel pulsi foonil respiratoorsed pulsaegade kõikumised võivad nii lastel kui noorukeil olla vähema ulatusega ja mitte nii selgesti eraldatavad — rütmindeks 5—6, d_{max} 10—12.

Respiratoorsete lainete, s. o. hingamisfaasidele vastavate pulsaegade kõikumiste kõrval võib kronogrammil peaaegu alati näha ka nn. aeglasi

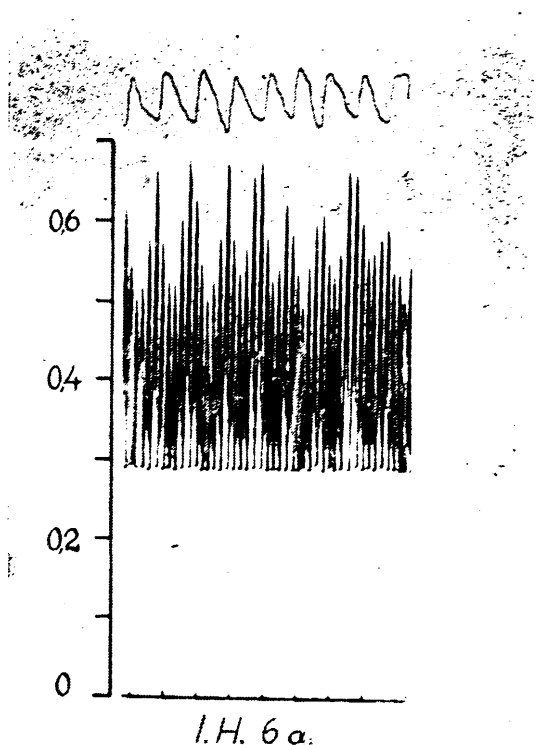


Joonis nr. 3. Üksikute aeglaste pulsaegade kadumine hingamispeetusel. Järgnev sügav hingamine toob selgelt esile üksikud pikad pulsaajad. Märkide seletus nagu joonisel nr. 1.

ehk pikki laineid, s. t. pulsaegade kõikumisi, mis hõlmavad mitut hingamislainet. Täiskasvanu pulsaegade pikki laineid on üksikasjaliselt kirjeldanud ja kestuse järele liigitanud Fleisch ja Beckmann (16), kuid juba enne neid on mitmed autorid sellele nähtusele tähelepanu juhtinud [Blumenfeld ja Putzig (21), Funke (22), Pick (23), Pongs (15) jt.]. Käesolevaist tähelepanekuist selgub, et pikad lained esinevad nii laste kui noorukite pulsis sageli väga reljeefselt, nagu nähtub juurdelisatud kronogrammidest, eriti joon. 5. Lainete ulatus ja kestus on individuaalselt väga varieeruv ning ei sõltu lapse vanusest. Tugevate respiratoorsete lainete puhul paistavad pikad lained vähem silma. Hingamise peatumisel nad ei kao, vaid tulevad isegi paremini esile. Pikkade lainete tekkimise põh-

juste kohta on antud mitmesuguseid seletusi. Levinenum on arvamus, et need on seoses vererõhu III järgu lainetega [Funke (22)]; samuti peetakse võimalikuks, et nende tekkimises kajastuvad vaagustoonuse kõikumised. Pediaatrilise praktika jaoks on tähtis märkida, et pikad lained, samuti nagu respiratoorsed lainedki, kuuluvad füsioloogiliste pulsiaegade kõikumiste hulka, mis oma suuruse ulatuse puhul võivad mõnel juhul anda pulsisageduse perioodilisi kõikumisi 10—20 löögi piirides.

Laste ja noorukite pulsiaegade variatsioone nii respiratoorsete kui pikkade lainete osas on uuritud seoses nende ealise kujunemisega mitme aasta kestes. Pikkade lainete alal ei saanud kindlaks teha ealisi muutusi, respiratoorsete lainete alal aga võis tähele panna eelkooliealise lapse pulsipildi üleminekut nooremale koolieale iseloomulikuks pulsipildiks üksikute pikkade pulsiaegadega, või viimase üleminekut nooruki pulsiaegade pildiks. Sealjuures selgus, et üleminekid toimuvad ühel varem, teisel hiljem.

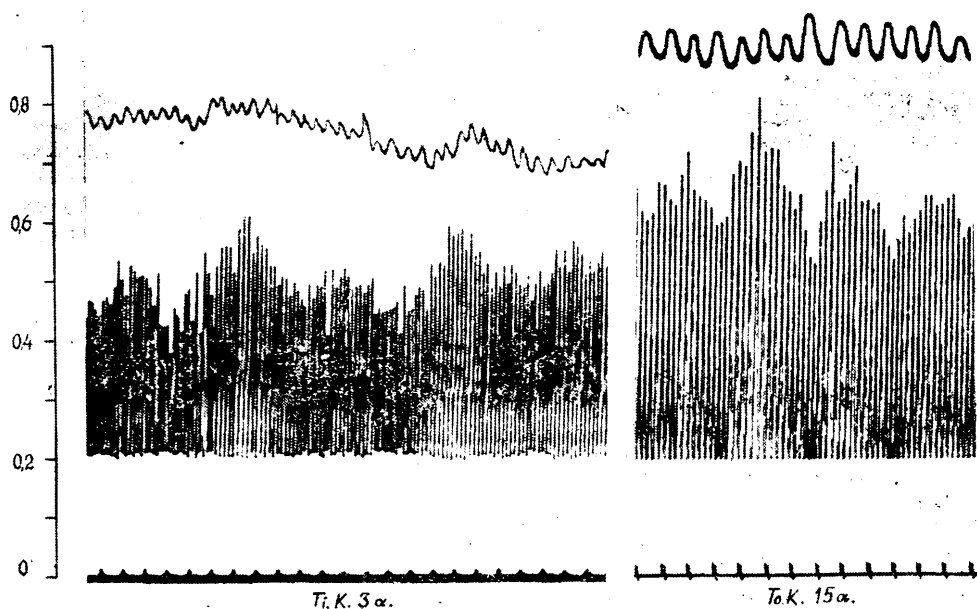


Joonis nr. 4. Näide pulsiaegade respiratoorsete kõikumiste iseloomust 6-aastasel lapsel, kus pulsisageduse ja hingamissageduse suhe on keskmiselt 5:1. Üleminek lühikestelt pulsiaegadelt pikkadele on järk-järguline. Märkide seletus nagu joonisel nr. 1.

Ühtlasi võib samal lapsel täheldada nii üht kui teist pulsiaegade pildi vaheldumist mitme aasta jooksul. Selle poolest paistab silma periood 13. ja 16. eluaasta vahel, millal pulsiaegade variatsioonid on kõige vaheldusrikkamad, mis ühtlasi näitab selle ea südamerütmi suurt liikuvust kui iseloomulikku joont organismi ealises kujunemises, mis tõenäoliselt vastab eeskätt südameveresoontkonna struktuurse ja regulatoorse aparadi arenemisastmele.

Täiskasvanule omane kasv ja elundisüsteemide funktsionaalne tase saavutatakse teatavasti järkjärgult; nii nagu kasvus eraldatakse teatavaid sirgumisperioode, nii näeme ka funktsioonide regulatsiooni arenemises kiiremaid ja aeglasemaid perioode. Teatavasti langeb südame löögisagedus eriti järsult esimestel eluaastatel, millele järgneb aeglasema languse

periood. 8. kuni 12. eluaastani on langus eriti väike, pulsi minutisagedus langeb sel perioodil keskmiselt kõigest mõne löögi võrra. Edasi järgneb suhteliselt kiirem südamefrekventsi langus kuni täiskasvanule omase tasemeni umbes 20. eluaastal. Joonisel nr. 1 toodud andmed kirjeldatud muutuste ealise dünaamika kohta langevad kokku kirjanduses esitatud materjalidega [Tigerstedt (24)], samuti ka hingamissagedus, mis pärast eriti kiiret langust esimestel eluaastatel jätkab kiiretempolist kahanemist kuni koolieani. Nooremas koolieas jääb hingamissagedus püsima, näidates uut langust alles vanemas koolieas [(joonis nr. 1), kirjanduses vt. Popov (25), Šalkov (26) jt.]. Kirjanduse andmetest arteriaalse vererõhu muutuste kohta selgub, et vererõhk tõuseb täiskasvanule omasele tasemele samuti kiiremate ja aeglasemate tõusuperioodide vaheldumise teel kasvuea üksikutes etappides [Volovik (27), Popov (25), Rominger (28), Sundal (29) jt.].



Joonis nr. 5. Iseloomulikke näiteid pikkadest lainetest, s. t. pulsiaegade kõikumistest, mis hõlmavad mitut hingamisperioodi. Respiratoorsed lained selgesti eraldatavad suurte lainete foonil. Märkide seletus nagu joonisel nr. 1.

Käesolevas töös selgitatud lapse- ja noorukiea respiratoorse arütmia iseärasusi ealisest aspektist vaadeldes, tuleb need kaheldamatult seostada organismi kasvamise ja arenemise ealiste perioodidega. I. A. Aršavski (11, 12) ja tema kaastööliste (13, 14) järgi esineb respiratoorne arütmia lastel vaagustoonuse järkjärgulise väljakujunemise perioodil ja kaob koos selle toonuse stabiliseerumisega. Seevastu seob kliiniline kirjandus pulsiaegade suurt respiratoorset kõikumist just vaagustoonuse ülekaaluga kasvuea teatud perioodis. Ka meie andmetel vaagustoonuse tõus (näit. okulokardiaalrefleksina esile kutsutud südamefrekventsi languse korral) ei tasanda respiratoorseid laineid, vaid vastupidi põhjustab ka täiskasvanuil laste vaaguspulsse meenutavaid üksikuid aeglast pulsilööke [Epler (30)]. Respiratoorse arütmia sõltuvust vagaalsetest mõjutustest selgitavad tähelepanekud atropiini toime kohta. *Nervus vagus*'e väljalülitamisel atropiiniga kaovad pulsiaegade kõikumised seoses hingamisega. Selle vastu väikesed atropiiniannused, mis tõstavad *nervus vagus*'e erutatavust, suurendavad respiratoorset arütmia [Pongs (15), Fleisch ja Beckmann (16)]. Wenckebachi

arvamuse järgi on südame järsu pidurdumise põhjuseks asjaolu, et *nervus vagus*'e tugeval erutumisel kandub impulsside tekkimine üle siinussõlme sellesse osasse, mis on madalama erutatavusega [Ganter ja Zahn (31)]. On võimalik, et laste vaaguspulsside teket ei määra mitte üksnes *nervus vagus*'e tooniliste mõjutuste järsk vaheldumine vastavalt hingamise rütmile, vaid sellest tuleb arvestada ka innerveeritava koe — südame erutus-tekkesüsteemi üksikute piirkondade suhteliselt suuremat funktsionaalset liikuvust, kõrgeenenud vastuvõtlikkust *nervus vagus*'e impulssidele.

Kõigi nende asjaolude kõrval, mis räägivad siinusrütmi muutumisel vagaalsete mõjutuste poolt, ei tohi siiski unustada, et südamesse kulgevad impulsid ka kiirendavate närvide kaudu. Viimaseid on seni palju vähem uuritud, ka jäävad nad sageli nende mõjutuste varju, mis kulgevad südame erutuse tekkimise ja juhtimise süsteemi *nervus vagus*'e kaudu.

Püüdes vastata küsimusele, milline tähtsus on respiratoorsel arütmial südame füsioloogilises talitluses, ühineme nende autorite arvamusega [Schlomka (8) jt.], kes näevad selles südame reflektorset kohanemisakti suurenevale venoossele juurdevoolule ning samuti ka vererõhu muutustele sisse- ja väljahingamisel. Reflektorsed mõjustused kopsureseptoritelt ei oma nähtavasti määravat tähtsust impulsside tekkimisel siinussõlmes, kuna *nervus vagus*'e kopsuharude läbilõikamisel ei kao respiratoorne arütmia [Rulli (32)]. Füsioloogiliselt on pulsiaegade respiratoorsed kõikumised keerukate reflektorsete mõjustuste tulemuseks, milles on mõõduandvad nii morfoloogilise kui reguleeriva aparatuuri ealine seisund ja väljakujunenud hingamisliigutuste stereotüüp.

Järeldused

1. Pulsiaegade kõikumine seoses hingamisfaasidega, samuti ka pikema perioodiga muutused pulsiaegades kuuluvad füsioloogiliste nähtuste hulka, mis esinevad kõikidel lastel juba varajastest lapseeas. Eriti tugevasti on respiratoorne arütmia välja kujunenud 7.—8. eluaastast kuni 19. eluaastani, sellest peale algab pulsiaegade respiratoorsete kõikumiste järjekindel vähenemine.

2. Noorematele kooliealistele lastele on iseloomulikud üksikud väga aeglasel pulsilöögid (vaaguspulsid) väljahingamise faasis; noorukieas toimub pulsi kiirenemine ja aeglustumine järkjärgult vastavalt sellele aeglasele ja sügavale hingamisele.

3. Respiratoorse arütmia ulatuse hindamisel on vaja pidada silmas uuritava isiku pulsisageduse keskmist taset ning hingamise sagedust ja sügavust.

4. Pulsiaegade kõikumised vastavalt hingamisfaasidele on reflektorseteks kohanemisreaktsiooniks hemodünaamika muutunud tingimustele sisse- ja väljahingamisel.

Kirjandus

1. Ludwig, C. — Arch. f. Anat. Physiol. u. wiss. Medizin, 242, 1947.
2. Hering, E. — Sitzungsber. Ak. Wiss., Wien, 64, 1871.
3. Лебедев, Д. Д. — В кн. В. И. Молчанов, Ю. Ф. Домбровская, Д. Д. Лебедев. Пропедевтика детских болезней, Медгиз 1953.
4. Мясников, А. Л. — Пропедевтика внутренних болезней, Медгиз 1956.
5. Тареев, Е. И. — Внутренние болезни, Медгиз 1951.
6. Mackenzie, J. — Herzkrankheiten, Berlin 1910.
7. Wenckebach, K. u. R. Winterberg — Die unregelmässige Herz-tätigkeit, Leipzig, 1927.
8. Schlomka, G. — Z. Kreislauf. 29, 510, 1937.
9. Nordenfelt, C. — Arch. f. Kreislauf. 13, 97, 1944.
10. Кяер—Кингисеп, Э. Г. и Эплер. М. А. — Труды III научной конференции по возрастной морфологии, физиологии и биохимии (в печати).
11. Аршавский, И. А. — Нервная регуляция деятельности сердечно-сосудистой системы в онтогенезе, Биомедгиз, 1936.

12. Аршавский, И. А. — Труды Рязанской научной сессии АМН СССР, 62, 1952.
13. Еникеева, С. И. — Физиол. Журн. 16, 227, 1955.
14. Еникеева, С. И. — Труды II научной конференции по возрастной морфологии и физиологии, 1955.
15. Pongs, A. — Der Einfluss tiefer Atmung auf den Herzrhythmus, Berlin, 1923.
16. Fleisch, A. u. Beckmann, R. — Z. exper. Med. 80, 487, 1932.
17. Brock, J. — Biologische Daten für den Kinderarzt, Berlin 1932.
18. Fleisch, A. — Z. exper. Med. 72, 384, 1930.
19. Fleisch, A. — L'orthochronographie, «Nouvelles méthodes d'étude des échanges gazeux et de la fonction pulmonaire», Basel, 1954.
20. Schlomka, G., u. Reindell, H. — Z. Kreislauf. 28, 473, 1936.
21. Blumenfeld, E., u. Putzig H. — Pflügers Arch. 155, 443, 1914.
22. Funke, R. — Verh. Kongr. inn. Med. 465, 1909, 396, 1914.
23. Pick, F. — Verh. Kongr. inn. Med. 460, 1909.
24. Tigerstedt, R. — Physiologie des Kreislaufes II, Berlin—Leipzig, 1921.
25. Попов, tsit.: А. Ф. Туп, Пропедевтика детских болезней, Медгиз, 1954.
26. Шалков, Н. А. — Вопросы физиологии и патологии дыхания у детей, Медгиз, 1957.
27. Воловик, А. В. — Болезни сердца у детей Медгиз, 1952.
28. Rominger (tsit.: J. Brock, Biologische Daten für den Kinderarzt, Berlin, 1932).
29. Sundal (tsit.: J. Brock, Biologische Daten für den Kinderarzt, Berlin, 1932).
30. Epler, M., Okulokardiaalrefleks ja selle alusel kujundatavad tingitud seosed inimesel, dissert., Tartu, 1953.
31. Ganter, C. u. Zahn A. — Pflügers Arch., 145, 335, 1912.
32. Rulli, A — Respiratoorsest arütmias vagotoomia puhul, dissert., Tartu, 1947.

О колебании частоты пульса у детей и подростков

Э. Кяер-Кингисеп и М. Эплер

Резюме

Как известно, длина сердечного цикла не константна. Разница между более медленным и более частым пульсом может быть не только в нескольких сотых, но и в нескольких десятых секунды. Установлена связь между частотой пульса и деятельностью органов дыхания.

Исходя из физиологической точки зрения, в приведенной статье рассматриваются величина и особенности колебания пульса у детей и подростков разных возрастов. Образование и изменение возрастной респираторной аритмии наблюдались у группы детей в течение ряда лет.

Авторы делают следующие выводы:

1. Колебания частоты пульса в связи с фазами дыхания, а также и более длительные изменения в частоте пульса — физиологические явления, которые встречаются у всех детей уже с раннего возраста. Особенно сильно выражена респираторная аритмия в возрасте от 7 до 19 лет. После этого наступает период последовательного уменьшения респираторного колебания пульса.

2. У детей младшего школьного возраста имеются единичные очень медленные удары пульса в период выдоха, у подростков пульс ускоряется или замедляется постепенно, в зависимости от медленного и глубокого дыхания в этом возрасте.

3. Для оценки величины респираторной аритмии необходимо иметь в виду средний уровень частоты пульса, частоту и глубину дыхания.

4. Колебания частоты пульса, в соответствии с фазами дыхания, являются реакцией приспособления к изменениям условий гемодинамики при вдохе и выдохе.

Looteas eksogeenseil põhjusil kujunenud patoloogiast

L. Keres,

meditsiiniteaduste kandidaat

(TRÜ Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat
S. Saar)

Viimasel ajal on kirjanduses ilmunud palju eksperimentaalseid uurimusi ja kliinilisi tähelepanekuid, mis näitavad, et mitmesugused kahjustavad välisfaktorid võivad põhjustada loote väärarenguid ja haigusi.

Looteas eksogeenseil põhjusil kujunenud patoloogia erineb postnataalselt kujunevast patoloogiast, sest loote reaktiivsus on väga omapärane. Esimesel kolmel kuul toimunud kahjustuste tagajärjel kujunevad mitmesugused väärarengud (embrüopaatiad). Alates neljandast lootekuust on kõik elundid juba üldjoontes välja kujunenud, jätkub ainult kudede diferentseerumine ja kasvamine. Kahjustuste puhul võivad mõned elundid oma kasvamises ja arenemises maha jääda ning olemasolevad koed võivad hävida. Eriti kergesti kahjustuvad närvi- ja vereloomekude. Sel perioodil tekkinud haigusi nimetatakse feetopaatiateks.

Organismi tundlikkus looteas on väga erinev. Katsed tiinete loomadega näitasid, et võrdsete kahjustuste puhul osal loomadest tekib abort, osal järglaste väärarengud ja osal juhtudest ei esine ei tiinuse ega järglaste häireid.

Loote tundlikkus väliskahjustuste suhtes ei ole kogu üsasisese elu kestel ühtlane, sest teatud staadiumis tekivad kahjustused eriti kergesti. P. G. Svetlovi ja G. F. Korsakova (6) andmeil tiined rotid on kõige õrnemad tiinuse XI—XII päeval. Sel ajal tekivad abort või järglaste väärarengud väga kergesti. Autorite arvates on inimesel vastav kriitiline periood kolmandast kuni kuuenda nädalani, arvates munaraku viljastamisest.

Kokku võttes kirjanduse andmeid lootea patoloogia tekke eksogeenseist põhjustist võime öelda järgmist:

1. Looteas võivad patoloogia põhjuseks olla kõik kahjustused, mis postnataalses elus tekitavad haigusi (mitmesugused füüsikalised, keemilised, alimentaarsed, bioloogilised ja psühhoemotsionaalsed faktorid).

2. Kahjustava välisfaktori toimel võib rasedus katkeda või nõrgema toime puhul kahjustada loode. Kui näiteks abort rasedust ei katkesta, siis võivad abordivõtted kahjustada last.

Üldtuntud on mehaanilise trauma kahjustav toime rasedale; selle tagajärjeks võib olla abort, enneaegne sünnitus või väärarengutega laps.

Svetlov ja Korsakova näitasid katsetega rottidel emalooma hüpertermia kahjustavat toimet lootele. Rotte hoiti termostaadis $41-42^{\circ}\text{C}$ juures 45 minutit kuni 4 tundi. Selgus, et tiinuse XI—XII päeval tekitas hüpertermia 40 protsendil rottidest abordi ja 40 protsendil järglaste väärarengu. Ainult 20 protsendil uurituist sündisid normaalsed pojad. Selle põhjuseks pidasid autorid häiret platsenta arenemises hüpertermia toimel. Loodete isoleeritud soojendamine vannis 42° juures ei kahjustanud nende üsasisest arengut.

Peab märkima, et elanikkonna teadmised hüpertermia kahjustavast toimest loote arengule raseduse alkuudel on väga puudulikud. Abordi tekitamise sooviga viheldakse sageli kaua kuuma saunalaval või juuakse alkohoolseid jooke ja minnakse selle järel kuuma vanni. Ei teata, et selline toiming ainult kahjustab last, tekitades väärarenguid.

Väga tundlik on loode hapnikuvaeguse suhtes. Selle tagajärjel tekivad lapse väärarengud, kusjuures loode võib sageli surra. Näiteks on ektoopilise raseduse puhul puuduliku hapnikuga varustamise tõttu peaaegu pooltel juhtudest loode väärarengutega.

Teratogeenselt mõjub ka madal õhurõhk, sest sel puhul väheneb hapniku hulk veres. H. U. Sauerbrei (10) kirjeldas juhtumit, kus arvata-vasti raseda viibimise tõttu madala õhurõhuga ruumis (barokambris) kuju-nes lapsel Little'i töbi mikrotsefaaliaga. Naine viibis 5-ndal kuni 8-ndal rasedusnädalal oma vanema lapse läkakõha madalama õhurõhuga ravimise otstarbel barokambris, kus õhurõhk oli 488—415 mm/Hg. See vastab kõrgusele 3000—3800 m üle merepinna. Madalrõhuravi teostati 8 korda iga kolme päeva tagant, igakord 50 minutit. Sauerbrei arvates tekkis loote kahjustus hapnikuvaegusest madalrõhuravi ajal.

Loode kui äärmiselt kiiresti kasvav organism on väga tundlik ioniseerivale kiirgusele. Raseduse esimestel kuudel võivad röntgeni kiirte toimel kujuneda lapse silmade ja närvisüsteemi väärengud ning raseduse teisel poolel närvirakkude kahjustus. Enam kui pooled raseda-test, kes aatomipommi plahvatuse ajal Jaapanis olid 1200 meetri kaugusel plahvatuse tsentrist, sünnitasid mikrotsefaalseid oligofreenilisi lapsi. 6 kuni 10 protsendil 4 kuni 5 km kaugusel viibinud rasedatest lapsed surid või neil esinesid kahjustused [V. V. Holin (7)]. Ka ravimine isotoopidega võib kahjustada loodet. Loote kiirituskahjustuste vältimiseks peavad röntgeni kabinetides töötavad rasedad olema väga ettevaatlikud. Isotoopravi ei tohi rakendada raseduse ajal ega paar kuud enne rases-tumist.

Medikamentidest on lootele eriti ohtlikud hiniin, salitsüül-hape ja jämesoolt ärritavad laksantsid; seega ained, mida kasutatakse abordi tekitamiseks. B. Klossovski (2) andmeil esines hiniini andmisel tiine-tele küülikutele nende poegadel sageli mikrotsefaalia ja anentsefaalia; osal oli aju väliselt normaalselt arenenud, kuid puuduliku funktsioonivõi-mega. Seega on vaja energiliselt võidelda, et rasedad ei kasutaks abordi tekitamiseks hiniini. Arvestades mitmete ravimite kahjustavat toimet loo-tesse, peavad arstid naispatsiendi puhul alati enne ravi määramist selgi-tama raseduse.

Lootele võivad mõjuda kahjustavalt ka mitmesugused emal esinevad mürgistused. Peab arvestama, et loode võib kahjustuda ka siis, kui rasedal esinevad ainult kerged mürgistusnähud. Näiteks vingugaasmür-gistuse tagajärjel võivad kujuneda närvisüsteemi väärengud ja kahjus-tused. On andmeid, et embrüopaatiad võib põhjustada isegi liigne A-, D- ja K-vitamiini [S. Cohlen (4)] ja suprarenaalse koorolluse hormoonide andmine [J. Švejcar (12)].

Väga suur tähtsus loote patoloogia kujunemisel on infektsioonidel (viirused, mikroobid, protozoad). Viirused võivad pääseda loote juurde igas raseduse staadiumis ja võivad põhjustada nii embrüo- kui ka feeto-paatiad. Bakteriaalsed infektsioonid põhjustavad peamiselt feeto-paatiad (tabel 1).

Eriti tugeva loodet kahjustava toimega on viirusehaigustest punetised ja rõuged, ning ainuraksete haigustest toksoplasmoos. Potentsiaalselt oht-likud on gripp, tuulerõuged, ohtis, leetrid, epideemiline hepatiit, lues ja listerioos.

Täiesti kindel on punetiste teratogeenne toime [N. Gregg (8)]. Kui rase põeb esimesel kolmel raseduskuul punetisi, siis tekib sageli abort või lapse vääreng. Üldiselt on punetisi põdenud rasedate lastest 15 kuni 25% väärengutega (mikrotsefaalia, kurtumus, katarakt, mikroftalmia, strabism, nõrgamõistuslikkus, südame väärengud jne.). Seetõttu on soo-vitav, et tütarlapsed põeksid punetised läbi juba lapseas. Rasedaid, kes lapsepõlves pole põdenud punetisi, peab hoidma kokku puutumast punetisi põdevate haigetega. Kui rase aga esimesel kolmel raseduskuul haigestub punetistesse, siis mõned autorid soovivad raseduse lõpetada abordiga.

Peab arvestama, et ka kaitserõugete pookimine raseda-tele esimestel raseduskuudel võib kahjustada loodet.

Viimaste andmete kohaselt peetakse ka tsütomegaaliat viirustõveks. See haigus algab sageli looteas [G. Seifert ja J. Oehme (11)]. Tsütomegaalia puhul leidub siseelundite epiteelis erilise kujuga hiidrakke (läbimõõt 30 μ). Osal juhtudest esineb hiidrakke kõikides elundeis (generaliseerunud vorm), enamikul juhtudest aga üksikutes organites (lokaalne vorm).

Arvatakse, et tsütomegaaliaviirus omab fakultatiivset patogeensust. Tsütomegaalia esineb peamiselt loote- ja imikueas, harva väikelastel; täiskasvanutel esineb see haigus väga harva (ainult 20 juhtu maailmakirjanduses).

Tsütomegaalia puhul esinevad sageli mitmesugused väärarengud (südamevead, huule-, igeme- ja suulaelõhe, aju väärarengud, mõne siseelundi vaegarenemine jne.). Tsütomegaaliat esineb eriti sageli enneaegsetel, mille tõttu arvatakse, et tsütomegaalia on üheks enneaegsuse põhjuseks.

Vastsündinute tsütomegaalia kliiniline pilt sarnaneb väga vastsündinute hemolüütilise tõve kliiniliste nähtudega (tabel 1): areneb ikterus, maks ja põrn suurenevad, tekivad erütroblasteemia, aneemia, verevalangud. Luude röntgenogrammidel võib näha metafüüside ebaühtlast tihedust ja põialuude topeltkontuure. Pulmonaalse vormi puhul esinevad interstitsiaalse pneumoonia taolised nähud; tserebraalse vormi puhul võivad esineda vesipea, koljusisesed lubjastumised, krampid ja teised ajukahjustuse nähud; gastrointestinaalse vormi puhul esinevad seederikked ja vaegtoitumus.

Tabel 1

Kongenitaalsete haiguste diferentsiaaldiagnoosimine

Sümptoom	<i>Lues congenita</i>	<i>Listeriosis</i>	<i>Toxoplasmosis</i>	<i>Cytomegalia</i>	<i>M. haem. neonat.</i>
Kalduvus enneaegsusele	+	++	+	++	++
Väärarengud	±	±	++	+	—
Vesipea	±	—	++	+	—
Koljusisesed lubjastumised	—	—	++	+	—
Põletiku tunnused					
ajuvedelikus	±	—	++	+	—
Koorioretiniit	+	—	++	?	—
Muutused luude röntgenogrammis	+	—	+	+	—
Maksa ja põrna suurenemine	++	±	+	+	++
Ikterus	±	±	+	+	++
Aneemia	+	—	±	+	++
Erütroblasteemia	±	±	+	+	++
Verevalangud	±	±	±	+	+
Lööve	+	±	±	—	—
Interstitsiaalne pneumoonia	±	—	+	++	—
Laboratoorsed uuringud	Tekitaja uurimine. Seroreaktsioonid (WaR, Citochol jt.)	Tekitaja uurimine. Aglutinatsiooni reaktsioon	Tekitaja uurimine ajuvedelikust (preparaat, külv hiirele) Sabin-Feldmanni test	Uriini, pa-rootise nõre, ajuvedeliku tsütoloogiline uuring	Antikehade määramine, Coombs'i test

Osad juhtudest saab diagnoosi püstitada kõrvasüljenäärme nõre, uriini või ajuvedeliku sademe äigepreparaadi uurimisel, kust võib leida tüüpilisi hiidrakke.

Ravi ei tunta. Tsütomegaaliat esineb ka hiirtel, rottidel, meresigadel, ahvidel ja teistel loomadel.

Toksoplasmoos on protozoa (*Toxoplasma gondii*) poolt põhjustatud nakkushaigus. Toksoplasmoosi põdevatel rasedatel võib rasedus enneaegselt katkeda või tekkida väärearengud lapsel. Loote nakatumisel areneb lapsel üldine toksoplasmoos; kõige tugevamad muutused esinevad kesknärvisüsteemi ja silmade osas. Toksoplasmoosi nakatuse korral tuleb toksoplasmade suhtes uurida vere, ajuvedeliku, uriini sademe, röga ja iuuüdi äigepreparaati Giemsa-Romanovski järgi värvitult, süstida ajuvedelikku valgele hiirele intraperitoneaalselt või teha haige seerumiga Sabin-Feldmanni test [Z. Kozar (3)]. Toksoplasmoosiga lapse raviks kasutatakse sulfaniilamiidpreparaatide suurendatud annuseid (0,3—0,5 g/kg) tsükli- liselt 3 kuni 4 kuu kestel.

Toksoplasmoosi nakkust võib saada toksoplasmoosiga inimestelt ja mitmetelt loomadelt. Kongenitaalse toksoplasmoosi vältimiseks on vaja üldiselt haiglasi naisi sagedamini uurida toksoplasmoosi suhtes, sest neil võib olla latentse kuluga toksoplasmoos. Toksoplasmoosiga lapse sün- dimisel on vaja ema enne uut rasedust täiesti terveks ravida.

Mikroobidest põhjustatud lootea infektsioonidest tuntakse juba ammu luest. Viimasel ajal on üksikasjalikult kirjeldatud lootea listeri- oosi [G. Seifert ja J. Oehme (11), H. Otto (9) jt.]. Listerioosi tekitajaks on *Listeria e. Listerella monocytogenes*.

Listerioosi põdevail rasedail tekib kergesti abort või enneaegne sünnitus. Loote väärearenguid esineb väga harva. Kongenitaalse listeri- oosiga vastsündinuil esinevad sepsise nähud; osad juhtudest on maks ja põrn suurenenud, esineb eksanteem, verevalumid, erütroblasteemia (tabel 1). Mikroobe võib leida lapsel mekooniumist ja suu loputamise veest. Emal võib pisikuid leida lohhiatest, piimast, ajuvedelikust ja iga- sugustest punktaatidest. Diagnoosimiseks kasutatakse ka aglutinatsiooni- reaktsiooni. Paul-Bunnelli reaktsioon on listerioosi puhul negatiivne. Patoloogilis-anatoomiliselt iseloomustavad listerioosi igal pool kudedes leiduvad miliaarsed granuloomid. Osad juhtudest võib selliseid sõlmekesi näha elupuhuselt suulimanahal ja ka nahal.

Prognoos on kongenitaalse listerioosi puhul väga tõsine. Raviks kasu- tatakse antibiootikume ja sulfaniilamiidpreparaate. Listerioosi esineb pal- judel mets- ja koduloomadel. Nakatumine võib toimuda määrdunud ese- mete ja keetmata piima kaudu.

Eeltoodud kirjanduse andmed on tunduvalt avardanud teadmisi enne- aegsuse, väärearengute ja lootea haiguste eksogeenseist tekkepõhjustist. Kirjanduse andmeil võib arvata, et loote patoloogia kujunemisel on ekso- geensete faktorite osatähtsus küllalt suur võrreldes endogeensete ja here- ditaarsete faktoritega. Edaspidised enneaegsete, väärearengutega ja kon- genitaalsete haigustega vastsündinute ja nende emade põhjalikud uuri- mised peaksid andma selle vahekorra kohta täpsemaid andmeid.

Analüüsides vastsündinute suremust Tartu Linna Sünnitusmajas 1956. aastal selgus, et vastsündinute surmajuhtumeid esines peamiselt väärearengutega ja enneaegsetel lastel.

Surma põhjus	Osa vastsündinute üld- suremusest
Üliraske vääreareng	5/16
Raskelt kahjustatud enneaegsed, kes surid esimesel elu- päeval	7/16
Enneaegsus ja postnataalselt saadud haigus	3/16
Sünnitrauma	1/16

Postnataalselt saadud haiguste tagajärjel ei surnud ükski ajaliselst sündinud väärarenguteta laps. Üliraskeid väärarenguid esines 0,5% kõigist sündinuist; neist üle poolte surid varsti pärast sündimist. Enneaegseid oli 5,5% kõigist sündinuist. Seega oli iga 16-nes kuni 17-nes vast-sündinu (6%) juba sündimisel patoloogiline.

Neist andmeist järeldub, et vastsündinute suremuse edaspidise vähendamise ja nende üldise tervisliku seisundi parandamise peamiseks teeks on lootea kahjustuste vältimine.

Teades, et loode võib kahjustuda väga mitmete välisfaktorite toimel, võib öelda, et üsasisesee ea patoloogia vältimiseks ei ole veel kõik võimalused ammendatud. On vaja esimestel raseduskuudel uurida rasedate kahjustumise võimalusi tööprotsessis. Senisest enam tuleb selgitada elanikkonnale tervishoiu erilist tähtsust esimestel raseduskuudel, infektsioonide ohtlikkust ja nende vältimist ning abordivahendite kasutamise halbu tagajärgi lapsele. On vaja naiste tervislikku seisundit kontrollida enne rasestumist latentselt kulgeda võivate ja lootele ohtlike nakkushaiguste (toksoplasmoosi, listerioosi) suhtes. Väärarengutega, enneaegse või kongenitaalse haigusega lapse sündimisel on alati vaja koguda põhjalik anamnees, ema ja lapse uurimise teel püüda kindlaks teha kahjustuse etioloogia ja ravida last ning ema.

Kirjandus

1. Дитрих И. в кн. Токсоплазмоз, под ред. Д. Н. Засухина, Медгиз, 1956, III.
2. Клосовский Б. Н. VII всесоюзный съезд детских врачей. Тезисы докладов, Медгиз, 1957, III
3. Козар З. Токсоплазмоз, под ред. Д. Н. Засухина, Медгиз, 1956, 19.
4. Колен С. (Cohlen, S.) реф. по А. Ф. Тур. Педиатрия 1957, 3, 89.
5. Кортев А. И., Танцывева Е. Н. и Казаткова К. С. Клиническая медицина, 1957, I, 102
6. Светлов П. Г., Корсакова Г. Ф. в кн. Рефлекторные реакции во взаимоотношениях материнского организма и плода. Медгиз, 1954, 135
7. Холин В. В. Клиническая медицина 1955, 6, 24
8. Gregg N. A. ref. A. J. Rhodes and C. E. van Rooyen, Textbook of Virology, II edition, Baltimore, The Williams Wilkins Company, 1953.
9. Otto, H. Zeitschr. f. innere Medizin und ihre Grenzgebiete, 1957, 5, S. 231.
10. Sauerbrei, H. U. Kinderärztliche Praxis, 1957, II, S. 490.
11. Seifert, G. und Oehme J. Pathologie und Klinik der Cytomegalie. G. Thieme, Leipzig, 1957.
12. Svejcar, J. reg. nach F. Schmid, Kinderärztliche Praxis, 1957, 7, S. 331.

О патологии внутриутробного периода, обусловленной внешними факторами

Л. Керес

Резюме

В современной литературе опубликовано довольно много экспериментальных исследований и клинических работ, указывающих на разнообразные внешние факторы, которые могут вызвать повреждение плода или преждевременное прерывание беременности. В внутриутробный период патологию плода могут обуславливать те же внешние факторы, которые в внеутробный период вызывают заболевания. Вследствие повреждений у матери может произойти или гибель плода, или только его повреждение. Если повреждения происходят во время органогенеза — в первые три месяца внутриутробного периода — появляются пороки развития плода.

Из физико-химических факторов, вызывающих пороки развития плода, следует отметить: механические травмы, чрезмерно высокие температуры, яды, некоторые медикаменты, недостаток кислорода и ионизирующее облучение. Из инфекционных заболеваний особенно опасны краснуха, оспа и токсоплазмоз; менее опасны грипп, эпидемический гепатит, люэс, листериоз, герпес и детский паралич.

У беременных, переболевших краснухой в первые три месяца беременности, у 15—25% детей встречаются пороки развития.

При токсоплазмозе отмечаются как пороки развития, так и внутриутробное воспаление глаз, мозга, мозговых оболочек и внутренних органов. При врожденном листериозе преобладают клинические явления сепсиса. В основном, встречающееся в внутриутробный период и в грудном возрасте заболевание — так называемая цитомегалия — считается в настоящее время специальной вирусной инфекцией.

В Тартуском родильном доме в 1956 году как причины смерти новорожденных преобладали пороки развития и недоношенность. Из нормально развитых доношенных детей никто не умер. Среди новорожденных врожденные уродства встречались 0,5% и недоношенность — 5,5%.

Из приведенного выше следует, что для уменьшения смертности и улучшения общего состояния здоровья новорожденных нужно еще больше уделять внимание предотвращению в период беременности действия внешних вредных факторов и опасных для плода инфекционных заболеваний.

Apenditsiit lapseas

H. Petlem,

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat H. Petlem)

Kui täiskasvanute apenditsiidi diagnoosimisel harva eksitakse ja operatiivne ravi ei hiline, siis ei saa seda veel öelda apenditsiidi kohta lapseas. Põhjus seisneb selles, et apenditsiit lapseas erineb täiskasvanute omast. Sellepärast on vaja õige diagnoosi püstitamiseks ja vastava ravi määramiseks hästi tunda apenditsiidi nähte ja haiguse kulgu lapseas.

Tingituna lapse kui kasvava organismi anatoomilistest ja füsioloogilistest iseärasustest kulgevad patoloogilised protsessid lastel omapäraselt. Lapsel ei ole veel omandatud immuunsust ja tema närvisüsteem, eriti selle vegetatiivne osa, on labiilne. Selle tõttu on laps tundlik ja reageerib erinevalt mädastele põletikulistele protsessidele kõhuõõnes. Kõhu objektiivset uurimist takistab neil kõhulihaste tahtlik kokkutõmbumine valukartlikkuse tõttu palpeerimisel. See asjaolu takistab tunduvalt kõhu-seinte reflektorse pinge ulatuse, tugevuse ja iseloomu kindlakstegemist, ei võimalda määrata valupunkte ja takistab põletikuliste tuumorite, s. o. apendikulaarsete abstsesside ning infiltraatide avastamist. Haige lapse takistusest uurimiseks on vaja tunda laste psühholoogiat, osata neile õigesti läheneda ja nende tähelepanu haiguselt kõrvale juhtida. Sageli ei ole võimalik lastelt saada ülevaadet haiguse senisest kulust, mille tõttu puudub objektiivne anamnees. Varajases eas laps ise anamneesi ei anna, sest alates neljandast või viiendast eluaastast lapsed kardavad, et neile tehakse valu ja varjavad tahtlikult oma haigust. Seega on lapse uurimisel raske välja selgitada haiguse senist kulgu, haigusnähtude arenemist ja seisundit. 3- kuni 8-aastased ja isegi vanemad lapsed ei lokaliseeri kõhuvalusid nagu täiskasvanud. Küsitlemisel kõhuvalude asukoha suhtes lapsed osutavad juhuslikult mõnd kõhupiirkonda või näitavad sageli nabale. Sellised nabavalud, *dolores umbilicæ*, on lapsea apenditsiidile omased ja on arvatavasti tingitud kõhuõõnest reflektorselt nabapiirkonda kiirguvatest valuärritustest, sest lastel ei ole nabavääti suubuvad kõhuesseina embrüonaalsed närviteed veel täielikult atrofeerunud.

Lapseas on kõhuvalud ägeda apenditsiidi puhul tavaliselt koolikulise, hooti esineva iseloomuga. See on tingitud soolte perioodilistest spastilistest kokkutõmmetest. Lapsed on valuhoo ajal rahutud, vähkrevad unes või ärkavad valu tõttu üles ja nutavad. Päeval kaebavad nad valu üle, või

nutavad. Valuhoo möödumisel, mis kestab haiguse algul tavaliselt mõne minuti, jätavad nad terve lapse mulje. Kliiniliselt ei ole võimalik eraldada erilist apendikulaarse kooliku põletikuta kulgevat vormi. Seda pole ka vaja, sest oma algstaadiumis võib äge apenditsiit põhjustada sooletrakti motoorika funktsionaalseid häireid. Kui lapse ema poolt antud anamneesis esineb selliseid valuhooe, siis tuleb arstil neisse suhtuda tõsiselt ja suunata laps statsionaari edaspidiseks uurimiseks. Lastel võivad soolte koolikuid tekitada ka askariidid ja dieedivead. Neid on raske diferentseerida apenditsiidikoolikutest. Pealegi võivad askariidid tekitada ka apenditsiiti. Koolikuliste valuhooegade sagenemine, tugevnemine ja pikene mine on patoloogilis-morfoloogiliste põletikuliste muutuste komplitseerumise tunnuseks apendiksis ja ühtlasi operatiivse ravi otseseks näidustuseks. Eriti suurt tähelepanu tuleb osutada juhtudele, kui koolikulised valud asenduvad pidevate tugevate valudega, millele kaasuvad kõhuseinte pinge, lapse üldseisundi halvenemine, temperatuuri tõus, leukotsütoos, oksendamine, meteorism ja «abdominaalse näo» ilmumine, mis on põletikulise protsessi leviku tunnuseiks peritoneumile.

Laste kesknärvisüsteem, eriti selle vegetatiivne osa, kaldub reageerima mitmesugustele patoloogilistele ärritustele veel mitte diferentseeritud vaid generaliseeritud, s. o. üldiste vastustega. Need vastused seisnevad üldistes pidurdus- ja ärritusreaktsioonides. Seega on haiguse alguses sageli raske kindlaks teha, millise haigusega antud juhul on tegemist. Nii esineb lastel mitmesuguste ägedate põletikkude ja nakkushaiguste puhul haiguse algstaadiumis organismi väga tugev üldine reaktsioon temperatuuri kõrgnemise, oksendamise, kõhuvalude jne. näol, mis ei võimalda esialgsete lokaalsete haigusnähtude ja spetsiifiliste muutuste puudumise tõttu välja selgitada haigestumise iseloomu ja määrata õiget diagnoosi.

Nende asjaoludega võib mõnel juhul seletada laste apenditsiidijuh tude õigeaegse diagnoosimise hiline mist, sest haigusprotsessi sümptomatoloogia haigestumise alguses ei oma midagi tüüpilist. Üheks lapsee apenditsiidi iseärasuseks on patoloogilis-morfoloogiliste põletikuliste muutuste kiire arenemine. Lapse apendiksil on suhteliselt palju lümfaatilist kude, mis kiiresti infitseerub. Seega võivad apenditsiidile tüüpilised sümptoomid lastel välja kujuneda alles siis, kui põletikulised ja destruktiivsed muutused on juba kaugele arenenud. Diagnostilised raskused on tingitud sageli ka sellest, et lapsee apenditsiidil puuduvad iseloomulikud sümptoomid, nagu neid kirjeldavad paljud autorid täiskasvanute apenditsiidi puhul (Štšjotkin—Blumberg, Rowsing, Sitkovski, Mac Burney, Lanz jt.). Valusümptoome ja valupunkte ei saa väikelastel kindlaks teha ja vanemad lapsed ei anna objektiivseid ning usutavaid vastuseid. Ternovski omistab laste apenditsiidi diagnoosimisel suurt tähtsust kehatemperatuuri tõusu ja pulsisageduse muutuste mittevastavusele — pulsi sagenemine on suhteliselt tunduvalt suurem keha temperatuuri tõusust. Laste apenditsiidi diagnoosimisel tekitab raskusi ka asjaolu, et lastel annavad mitmed haigused kõhusümptoome: valu ja kõhuseinte pinget, sagedamini kui täiskasvanutel. Võiks öelda, et lapsed reageerivad haigusprotsessidele sageli kõhuhäiretega. On teada, kuigi see sageli unustatakse — eriti kirurgide poolt, — et laste mitmesugused rindkereelundite haigused, nagu pneumoonia, pleuriidid ja isegi ägedad trahheobronhiidid, võivad anda reflektoorseid kõhupiirkonda irradieeruvaid valusid, põhjustades isegi kõhulihaste pinget. Ka lüülsamba haiguste ja vigastuste sümptoomid on sageli samasugused. Diagnoosi täpsustamiseks on vaja last põhjalikult uurida, kusjuures tuleb erilist tähelepanu pöörata rindkereelundele, lüülsambale ja urogenitaaltraktile.

Apenditsiidi ravimeetodi valiku ja operatiivse ravi vajaduse väljaselgitamiseks tuleb määrata mitte üksnes apenditsiidi diagnoos, vaid täpsustada ka selle kliiniline vorm ja staadium. Vastavalt apenditsiidi kliini-

lisele vormile ja haigusnähtude raskusele määrab ka ravi sageli sama arst, kes saabub esimesena haige juurde. Selleks on sageli mittekirurg — pediater, terapeut või jaoskonnaarst, kes peab diagnoosi määrama ja ühtlasi ka otsustama, kas kohene operatsioon on vajalik või mitte.

Kliiniliselt on otstarbekohane eraldada tüsistunud apenditsiidid tüsistumatutest, kusjuures esimesse rühma kuuluvad apendikulaarse infiltraadiga, abstsessiga või üldise peritoniidiga haigused. Tüsistumata apenditsiidi rühma kuuluvaid vorme — kataraalset, gangrenooset ja flegmonooset apenditsiiti ei ole võimalik kliinilise haiguspildi alusel eraldada. Ka ei ole sellel ravi seisukohalt erilist tähtsust. Küll on aga vaja kindlaks teha, kas apenditsiidiprotsess on antud momendil progresseerumise või taandarenemise järgus. Sellest oleneb operatiivse ravi vajadus. Eriti oluline on see juhtudel, kui operatsioon ei ole soovitatav mõne teise haiguse tõttu, nagu tuberkuloos jne. Kuid kliinilised nähud võivad ajuti, tõsi küll lühiajaliselt, nõrgeneda ka raskete destruktiivsete muutuste puhul, apendiksi mulgustumisel jne. Neil juhtudel on lapse üldine seisund küllaltki raske ja valude ajutine nõrgenemine ei tohiks diagnoosimisel eksiteele viia.

Meie viimased kogemused apenditsiidahaigete laste ravimisel põhinevad 1950.—1956. aastani Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonnas ravitud 469 kuni 10-aastase lapse ravimaterjalidel. Neist haigetest suri 4 ehk 0,9%. Surma põhjuseks oli kolmel haigel üldine mädane peritoniit. Ühel tüsistumata apenditsiidijuhtul oli kaashaiguseks düsenteeria.

Ägedaid apenditsiidijuhtumeid oli 383 ehk 82% (vaata tabel nr. 1). Kroonilise apenditsiidiga oli ravil 86 last ehk 18%.

Tabel nr. 1

Ägedate apenditsiidijuhtude jagunemine haigusvormidesse

Äge tüsistumata apenditsiit				Tüsistunud apenditsiit			
Progresseeruvus järgus		Vaibuvas järgus		Infiltraat		Perforatsioon	
Haigeid	%	Haigeid	%	Haigeid	%	Haigeid	%
205	44	107	23	17	4	54	11

Tabelist nähtub, et meie haavaosakonda saabuvatel lastel esineb kõige rohkem ägedat tüsistumata apenditsiiti progresseeruvus järgus. Haigete sellest rühmast suri kahe aasta seitsme kuu vanune laps, kes saabus vanemate mitteküllaldase teadlikkuse tõttu haiglasse alles kolmandal päeval. Ägeda apenditsiidi vaibumise järgus saabus ravile 107 last. Neist ei opereeritud 13 last, sest otsene vajadus selleks puudus. Infiltratiivset apenditsiiti esines 17-l lapsel. Apendikulaarse põletikuprotsessi piirdumine esineb lapseas harva, eriti alla viieaastastel lastel, sest põletikuline barjäär on ebakindel, murdub kergesti läbi ja põhjustab üldist peritoniiti. Selliseid juhtumeid esines meil kolmel korral. Neist kaks last — kahe aasta ühe kuu ja nelja aasta vanune — surid üldisesse peritoniiti pärast kõhuõõne dreneerimist. Kolmas, seitsmeaastane, laps haigestus üldisesse peritoniiti kuu aega pärast infiltraadi tekkimist kodus, selle laienemist ja abstsedeerumist. Ka teiste infiltraadiga laste haiguse kulg näitab, et lapseas esineb harva hästi väljakujunenud ilma perifokaalse põletikuta «külmi» infiltraate, mis ei tekita üldreaktsiooni (temperatuuri tõusu, leukotsütoosi jne.). Infiltraadi halva piirdumise põhjuseks on lokaalse immuunsuse puudumine, peritoneumi halvad plastilised omadused ja omentumi suhteline väiksus, mille tõttu liitumis- ja piirdumisprotsessid laste kõhuõõnes toimuvad puudulikult. Perforatiivse apen-

ditsiidiga lapsi oli meil ravil 54, mis moodustab 11% kõikidest apenditsiidijuhtudest. Suurem osa neist, s. o. 32 haiget, toodi haavaosakonda 6—24 tundi pärast ägedat haigestumist, teisel päeval saabus 11 haiget ja kolmandal päeval 10 haiget. Seega näitavad meie kogemused laste apenditsiidi destruktivsete muutuste kiiret arenemist juba esimese 24 tunni jooksul pärast haigestumist. Kõik perforatiivse apenditsiidiga haiged opereeriti enne nelja tunni möödumist, peale ühe juhu, kus esines diagnostilisi raskusi. Sellele kuueaastasele poisile tehti apendektoomia 22 tundi pärast haavaosakonda saabumist. Haige tervistus.

Raviarutused suunasid enamiku, s. o. 55% perforatiivse apenditsiidi juhtudest, haavaosakonda diagnoosiga *apendicitis ac.* Umbes 20 protsendil juhtudest oli juurde lisatud ka peritoniit. Sellist apenditsiidi diagnoosi märkimist saatekirjale ei saa veaks lugeda. Nähtavasti lähtub meie jaoskonnaarstide enamik apenditsiidi lihtsast kliinilisest klassifikatsioonist, jaotades seda ägedaks ja krooniliseks, diferentseerimata tüsistunud juhtumeid. Eksliku diagnoosina esines saatekirjal ühel korral *dyspepsia, meningitis tbc?*.

Tabel nr. 2

Apenditsiidihalgete laste jagunemine vastavalt ajavahemikule haigestumisest hospitaliseerimiseni

Aeg Diagnoos	Kuni 6 t.	Kuni 12 t.	Kuni 24 t.	Kuni 48 t.	Pärast 2 p.	Kokku
Ägeda apenditsiidi progresseeruvad juhtumid	19	44	50	31	61	205
Ägeda apenditsiidi vaibuvad juhtumid	2	3	17	16	69	107
Infiltratsioon	—	—	3	8	6	17
Perforatsioon	—	14	19	11	10	54

Tabelist nr. 2 selgub, et küllaltki suur osa haigestunud lastest saabub operatiivsele ravile hilinemisega. Eriti märgatav on see perforatsiooni puhul.

Kroonilise apenditsiidihalgete laste rühma moodustavad peamiselt vanemad, 8- kuni 10-aastased lapsed (70%). Põhiliseks kaebuseks on neil perioodilised kõhuvalud seoses kehalise pingutusega, halb enesetunne, iiveldus ja mõõdukas palavik. Kuna sellised valuhood takistavad kooliskäimist ja võimlemist, siis eemaldati neil lastel apendiks ka kaebustevabal perioodil.

Kokkuvõttes võime oma kogemuste põhjal väita, et haigete laste tähelepaneliku ja igakülgse uurimisega võime apenditsiiti ka lapseas õigeaegselt diagnoosida ja sellega vältida sagedasi tüsistusi.

Аппендицит в детском возрасте

Х. Петлем

Резюме

В хирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы находилось на лечении за период 1950—1956 гг. 469 детей до 10-летнего возраста с различными формами аппендицита, что составляет 14% из общего числа оперированных больных с этим заболеванием.

По клиническим формам имелись следующие случаи аппендицита: острого — 71%, перфоративного — 11% и хронического — 18%. Из оперированных больных умерло 4, что составляет 0,9% из общего числа оперированных. В трех летальных случаях имелся общий перитонит аппендикулярного происхождения.

На основании клинического изучения больных автор приходит к следующим выводам:

1. Диагностика острого аппендицита в детском возрасте значительно затруднена, так как в ряде случаев невозможно получить объективные данные анамнеза больных, а также вследствие своеобразного клинического течения аппендицита.

2. В дифференциальной диагностике аппендицита у детей необходимо учитывать присущие данному возрасту заболевания, которые могут стимулировать клиническую картину аппендицита. Сюда относятся: пневмония, особенно центральной формы, пневмококковый перитонит, воспалительные процессы мезентериальных и ретроперитональных лимфатических узлов и т. д.

3. Выраженность клинических симптомов аппендицита в детском возрасте не всегда совпадает со степенью морфологических изменений воспалительного характера в отростке, вследствие чего не всегда может характеризовать тяжесть течения аппендицита.

4. Патолого-анатомические изменения воспалительного порядка в отростке у детей протекают более бурно и быстрее, чем у взрослых, в результате чего раньше наступают перфорация отростка и развитие перитонита.

5. Боли при аппендиците в детском возрасте имеют коликообразный характер.

6. Аппендикулярные инфильтраты встречаются у детей значительно реже, чем у взрослых.

Istmikukõbru osteokondropaatia juhtum

V. Põkk,

dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat

(TRÜ Arstiteaduskonna operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste doktor professor A. Linkberg)

Harva võivad noortel kasvuaegses esineda jäsemeluude tüüpilistel kohadel nn. «kasvuaevused», mille põhjusi on selgitanud röntgeni ülesvõtted. Vaevuste või valude põhjus peitub luude epi- või apofüüsid, mille tõttu neid haigusnähte nimetatakse vastavalt epifüüsidiks või apofüüsidiks, kuigi siin, nagu uurimised näitavad, põletikulise protsessiga tegemist ei ole. Sagedasemateks lokalisatsioonikohtadeks on üla-, kuid eriti alajäsemete epi- ja apofüüsid, haruldasemateks esinemiskohtadeks on vaagnaluude apofüüsid. Kõiki neid haiguslikke muutusi tuntakse üldnimetuse all osteokondropaatiad.

Zatsepin (1) ja Reinberg (3) jaotavad osteokondropaatiad anatoomilise paiknevuse järel nelja rühma:

1. toruluude epifüüsid (Perthes'i tõbi jt.)
2. lühiluudes (*Vertebra plana*)
3. apofüüsid (Osgood-Schlatter'i tõbi, kandluu apofüüsiit jt.)
4. liigeste pindmikel (*osteochondrosia dissecans*).

Nendest on sageduse poolest esikohal alajäsemete epi- ja apofüüsid.

Kuigi viimase 35-e aasta jooksul on paisunud suureks tavalisemate lokalisatsioonidega osteokondropaatiade avaldatud juhtude arv, on siiski

jäänud haruldusteks vaagnaluudes esinevad haigusjuhud. Vastava eriala ja röntgenoloogia käsiraamatuis on küll mainitud vaagnaluude epi- ja apofüsiite, kuid näitlikud röntgenogrammidega juhud puuduvad [Reinberg (3), Schinz, Baensch, Friedel (10)]. Võib osutada võimalikuks, et haigus polegi nii haruldane kui avaldatud juhtude arv. See on tingitud asjaolust, et haiguse õige diagnoosi määramisel tekivad raskused, sest literatuuris puudub haigusjuhtude kohta näitlik materjal. Sellest tingituna võidakse haigusjuhtumeid ekslikult diagnoosida luutuberkuloosina, kroonilise sekvestreeruva osteomüeliidina jne.

Lähtudes eeltoodust on käesoleva töö ülesandeks tutvustada ja esitada üht harukordset apofüsiidijuhtu istmikuluu kõbrul (e. *Tuber ossis ischii*!).

Luude kõprudes ja väljetes ehk apofüüsides, kuhu kinnituvad lihased ja ligamendid, tekivad teatud ajal luustumispunktid [Prives (2)]. Istmikuluu kõbrul tekib apofüüs võrdlemisi hilja, 15. kuni 16. eluaastal. Apofüüs esineb väljuvaval kohal ja sellest tagapool kitsast poolkuusirpi meenuvava varjuna, mis laatub põhiluuga teatud aastate järel. Vahel võib apofüüsi pidada ekslikult vigastusest tekkinud fragmendiks. Poeglapsed kasvavad kiiresti 16. kuni 18. eluaastal. Nende kasvamine aeglustub ja lakkab 20. kuni 25. eluaastal [Rauber-Kopsch (9); Sobotta (12)]. Apofüüs püsib 24. kuni 25. eluaastani, mille järele see laatub põhiluuga ja seega kaob pilu põhiluu ning apofüüsi vahel [Rochlin (4), Schinz... (10)]. Apofüüsi piirkonnas võivad luustumise ajal esineda vaevused, valud ja patomorfoloogilised muutused, mis viitavad häiritud ossifikatsiooniprotsessile, nn. apofüsiidile.

Esitavat istmikukõbru apofüsiiti põdev meespatsient J. S. oli 17. a. vana, kooliõpilane, kiiremas kasvuperioodis, järgmiste anamnestiliste andmetega (12. jaanuar 1957. a.):

Haiguse esimesed tunnused ilmnesid 15 aasta vanuses, 1954. aasta suvel. Hüppeid treenides jäi parema reie ülaosa valulikuks. Võimlemistunnis hüppeid tehes esinesid valulikud pisted samas piirkonnas, mille tõttu käimine oli takistatud ja tekkis lonkamine. Vaevused püsisid 10 nädalat, millele järgnes täielik tervistumine kuni 1956. aasta hiliskevadeni. 12. juunil 1956. a. oli patsient tundnud jooksul kiirust arendades parema istmiku kohal järsku valulikkust, mille tõttu tuli jooksust loobuda. Valulikkus nõrgenes aja jooksul ja kahe nädala möödudes kadus hoopis. Sama aasta sügisel esines treeningutel nõrk valulikkus samas kohas. Detsembrikuus muutus see pinga treeningu tõttu tugevaks valuks. Samad nähud kordusid 4. jaanuaril 1957. aastal, mis sundis haiget pöörduma arsti poole, kes röntgeniülevõttel avastas muutused istmikuluukõbrul. Istumisel, jalgrattaga sõitmisel ja tavalise igapäevase tegevuse juures haigusnähud ei esinenud. Patsient oli 1955. a. jooksul kasvanud 6 sm ja 1956. a. jooksul 5 sm võrra.

Eelkoolieas oli patsient põdenud leetreid, tuulerõugeid ja keskkõrvapõletikku. Perekonnas oli 3 tervet õde ja ema; isa sai õnnetusjuhtumi läbi surma.

Status praesens: Korrapärane kehaehitus, pikk sale kasv; pikkus 180 sm, kaal 67,5 kg. Terve jume, naha värvus normaalne. Kopsud ja süda iseärasusteta. Lülisammakus sirge, vaba, hästi liikuv. Alajäsemed sirged, saledad, ühepikkused. Esineb mõõdukas *pes valgoplanus bilateralis*. Parempoolne tuhara vagu (*sulcus gluteus dexter*) lamendunud. Parempoolne istmikukõber palpatoorselt piirdunud hell. Parema jala painutus puusaliigeses üle täisnurga valulik kõbru kohalt.

Vereanalüüsid normis (SR 4 mm; leuk. 6000; leukotsüütide valem normis).

Parempoolse istmikukõbru röntgenogramm nr. 1:

Antero-posterior vaagnaluude vaatel on apofüüs tunduvalt suurenenud, moodustades kaudaalses osas tiheda struktuuriga ovaali suurusega 15×35 mm, mille kraniaalne kitsam ja vähem tihe üksikute fragmentidest koosnev osa ulatub puusaliigese napa alumise piirideni. Apofüüsi eraldab põhiluust ebakorrapärane sakiliste äärtega hägune ja võrdlemisi lai pilu. Apofüüs ei lase eraldada luupõrkade peenarhitektuuri, vaid tiheda kompaktse varjuna on ta ümbrusest eriti silmatorkav.

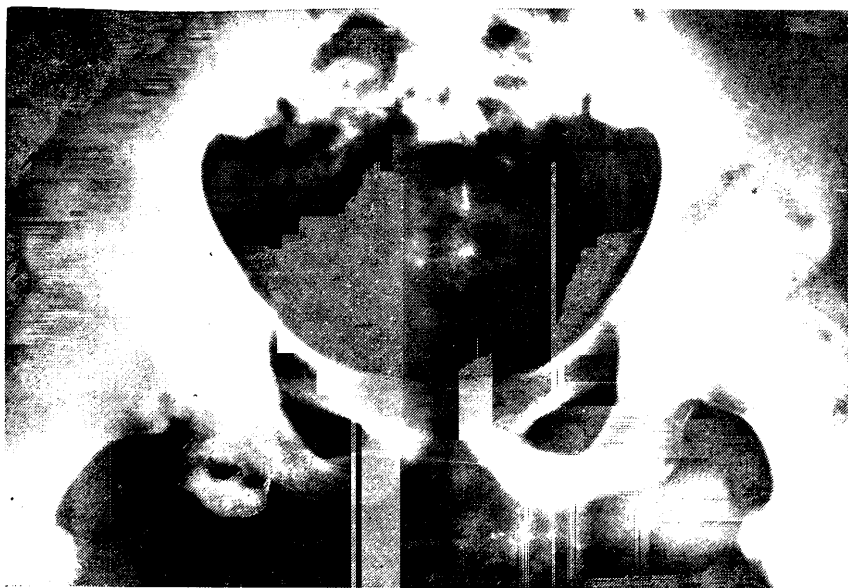
Diagnoos: istmikuluu kõbru apofüsiit.

Ravi: Keelatud igasugune füüsiliselt pingutav töö (sport, võimlemine jne.).

Edasine haiguskulg:

15. märtsil 1957. aastal — röntgenogramm nr. 2.

Radiograafiline leid erineb eelmisest selle tõttu, et kahes lähestikku asetsevas kohas kulgevad apofüüsist üle eraldava pilu paelana põhiluisse luupõrgakesed.



Röntgenogramm nr. 1



Röntgenogramm nr. 2



Röntgenogramm nr. 3

Patsient on hoidunud igasugusest pingutavast tegevusest. Seoses igapäevase tööga puuduvad üldised ja paiksed haiguslikud avaldused.

21. oktoobril 1957. aastal — röntgenogramm nr. 3.

Röntgenograafiliselt on apofüüsi alumine osa põhiluuga täiesti laatinud. Eraldusjoon apofüüsi ja põhiluu vahel on kaudaalses osas kadunud ja ainult üksikud nõrgad hõrenemiskolded luus tähistavad selle endist kulgu. Kraniaalses osas eraldub apofüüs veel kitsa vahepilu kaudu. Fragmendid on laatinud ühtseks massiks; apofüüsi tihenemine on vähenenud.

Diagnoos: apofüüsiidil kulg paranemise suunas; apofüüs ühineb põhiluga, struktuur normaliseerub. Üldised ja paiksed haiguslikud avaldused puuduvad.

Käesoleval juhul võib omistada osteokondropaatiale röntgeni diagnostikas 3 karakterset tunnust: 1. apofüüsi suurenemine, sest puudub kehakoormuse rõhumine, mis viiks selle komprimeerumisele ja deformeerumisele, vaid vastupidi, ta asetseb pideva musklitõmbe mõju all; 2. apofüüs on tugevasti tihenunud rohke lubjasisalduse tõttu; 3. see koosneb üksikutest fragmentidest.

Kuigi avaldatud literatuur osteokondropaatiade kohta on väga ulatuslik, on lõppsõna siiski veel ütle mata [Schinz... (10)]. Morfoloogilisest ja patofüsioloogilisest seisukohast peetakse osteokondropaatiade põhjuseks luu käsnolluse aseptilist nekroosi.

Aseptilise nekroosi põhjused on mitmesugused. Fridland (6) mainib neist olulisemana traumat ja apofüüsi toitumishäiret; Sitenko näeb selles normaalse luustumisprotsessi häire tulemust; Reinberg (3) aga kõrgema närvisüsteemi juhitud veresoonte innervatsioonihäiret. Sever peab apofüüsiidil põhjuseks kiiresti kasvaval noorukil musklitõmmet. Istmikuköbrust saavad alguse mitu alajäseme juurde kulgevad musklid; selle ülenevast osast algavad išiokruraalsed musklid (*m. semitendinosus*, *m. semimembranosus*, *m. biceps femoris*'e *caput longum*). Istmikuköbru alumine osa moodustab istumisel rasvpadjandiga polsterdatud tugipunkti [Benninghoff (7)]. Išiokruraalsed musklid algavad istmikuköbru välispinnalt [Tonkov (5), Sobotta (12)] ja nende funktsiooniks on reie sirutamine ning aduktsioon, vaagna püstitamine, sääre painutamine ja viimase roteerimine [Rauher-Kopsch (9), Tonkov (5)].

Sportimisel, eriti jooksmisel ja hüpete juures mõjutavad istmikuköprü siit algavate lihaste kontraktsioonid, mis häirib normaalset ossifikatsiooniprotsessi. Sellest näeme, et suurem etioloogiline tähtsus on kroonilisel traumal, mida sportimisel tugevnenud musklite tõmme pidevalt avaldab. Traumeerumine koosneb siin korduvatest väikestest insultidest. Traumeerumise ja haigusnähtude ilmnemise vahel on ajalisel mõnikord suur vahe, mispärast selle põhjuslikus sõltuvuses võib kahelda.

Istmikuköbru apofüüsiidil kujunemine ja haigusnähud sarnanevad teiste apofüüsiitidega: *Morbus Schlatter-Osgood*, *Apophysitis calcanei* jt.

Haigusele vastuvõtlikum on nooruki iga kiirema kasvu perioodil. Haigus kulgeb krooniliselt. Haigestumiskoht on piirdunult vähesel määral paksenenud ja rõhumistundlik või hell, pingutavatele muskliaktsioonidele reageerib ta valupistetega. Füüsilistest pingutustest hoidumise puhul kaovad haigusnähud ja turse väheneb. Haigus võtab soodsa kulu. Välja lülitades normaalset apofüüsi ossifikatsiooniprotsessi häiriva ja kahjustava musklite tõmbe, mis esineb pingutaval sportimisel, võib luu kuju ja struktuur normaalselt areneda.

Esitatud juhul oli võimalik apofüüsiidil kulgu ligi kümne kuu kestel jälgida tervistumise suunas, mis seisnes paiksete haiguslike nähtude täielikus kadumises ja röntgenoloogilises leius apofüüsi kuju ja struktuuri normaliseerumise suunas. Normaalse seisundi taastumise eeldusena tuleb haigel füüsilisi pingutusi vältida pikema aja jooksul. Erandina võib apofüüsiit paraneda teatud muutustega, mille kohta leiame tõendeid literatuurist.

Mc Master (8) kirjeldab juhtumit, kus 19-aastaselt meremehel on jäänud apofüüs ühinemata istmikuluuga, millest tingituna haigusnähud korduvad andsid tunda puusa piirkonda lokaliseerununa. Patsiendil ei esinenud peale paiksete nähtude teisi haiguslikke nähte. Laboratoorse uurimise andmed olid normaalsed.

Scott (11) esitab juhu, kus 22-aastaselt meremehel on apofüüsi laatumine istmikuluuga luhtunud, millega kaasusid teised osteokondriitilise düsfunktsiooni nähud organismis.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleksid arvesse luutuberkuloos, krooniline sekvestreeruv osteomüeliit jt. Kiire kulg paranemisele ainult apofüüsi traumeerumise väljalülitamisega hajutab kahtlused.

Esitatud haigusjuhu lõpliku seisundi kohta on raske teha täpseid oletusi, sest see vajab edasist jälgimist. Praegu on haige paranemisstaadiumis.

Teesid

1. Istmikuköbru osteokondropaatia esineb äärmiselt harva, mistõttu kirjanduses avaldatud haigusjuhtude arv küünib üksikutesse.

2. Haiguse nähud on paiksed ja piirduvad vastava istmikuköbru piirkonnaga, avaldues subjektiivselt mõõdukates valudes sõltuvalt kehaliste pingutuste suurusest, eriti sportimisel.

3. Igapäevase tegevusega seoses olevad pingutused ei põhjusta nime-tamisyäärseid valusid ega häireid.

4. Paiksed ajutised vaevused ja valulikkus algavad nõrgalt 15. eluaastal, millal moodustub tavaliselt istmikuköbru apofüüs, ja suurenevad aastate jooksul, kui sportlikku tegevust endiselt jätkatakse.

5. Sportlik tegevus seoses eriti pingutavate jooksmis- ja hüppamis-harjutustega põhjustab valusid istmikuköbru kohal, mis tingivad spordist ajutise loobumise.

6. Haigusseisundi luuliste muutuste lõpliku kujunemiseni tuleb haigestunud luud jälgida radiograafiliselt teatud ajavahemikkude järel 24.—25. eluaastani, millal tavaliselt vahe apofüüsi ja põhiluu vahel kaob.

7. Istmikuköbru osteopaatiat on võimalik diagnoosida röntgenograafia abil.

Kirjandus

1. Зацепин Т. С. — Ортопедия детского и подросткового возраста, М., 1956, 241—244.
2. Prives, M. G., Tonkov, V. — Inimese anatoomia, I osa, Tartu, 1948, 543—553.
3. Рейнберг С. А. — Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов, М., 1955, 469—500.
4. Рохлин Д. Г. — Рентгенодиагностика заболеваний суставов. Часть третья, Ленинград, 1941, 221—222.
5. Tonkov, V. — Inimese anatoomia, I osa, Tartu, 1954, 370—372.
6. Фридланд М. О. — Ортопедия, М., 1954, 370—372.
7. Benninghoff, Alfred — Lehrbuch der Anatomie des Menschen, Erster Band, München/Berlin, 1942, 200—202.
8. Mc Master, P. E. — Journal Bone and Joint Surgery 24, Boston, USA, July 1945, 493—495.
9. Rauber-Kopsch. — Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen, Band I, Leipzig, 1940, 311—337, 584—588.
10. Schinz, H. R., Baensch, W., Friedel, E. — Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Erster Band, Leipzig, 1939, 76—82, 515—537.
11. Scott W. — The Journal of Bone and Joint Surgery, Boston, USA, October 1946, 28, 862—864.
12. Sobotta, J. — Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen 1. Teil, München/Berlin, 1944, 128—139.

Случай остеохондропатии седалищного бугра

В. Пыкк

Резюме

В период усиленного роста организма в типичных местах костей конечностей могут появляться боли. Чаще всего боли ощущаются в эпифизах и апофизах конечностей, особенно нижних конечностей. Все эти болезненные изменения известны под общим названием остеохондропатии.

Наш пациент, 17-летний школьник И. С. со следующим анамнезом (12 I 1957 г.): Первые признаки болезни появились летом 1954 г. После спортивной тренировки осталась болезненной верхняя часть правого бедра. Боли продолжались в течение 10 недель и затем исчезли. После этого боли повторились еще несколько раз, всегда после спортивных занятий. 4 января 1957 г. юноша обратился к врачу. На рентгеновских снимках были обнаружены изменения в седалищном бугре.

Рентгенограмма от 21 X 1957 г. показала, что нижняя часть апофиза совершенно соединилась с основной костью и структура нормализовалась. Местных болезненных признаков больше не было.

Остеохондропатия седалищного бугра встречается очень редко и поэтому в литературе имеются только единичные случаи описания этой болезни.

Болезненность при заболевании имеет местный характер и ограничивается соответствующей областью седалищного бугра. Субъективно боли проявляются не очень остро, в зависимости от напряжения при работе или спортивных занятиях.

Ежедневная обычная работа не причиняет особых болей и расстройств.

Местная болезненность начинается слабо в возрасте 15 лет, когда обыкновенно образуется апофиз седалищного бугра. В течение нескольких лет боли усиливаются, если больной продолжает заниматься спортом.

Боли в области седалищного бугра возникают при спортивных занятиях, особенно при бегах и прыжках. Для предотвращения болей необходимо отказаться от спорта.

Пока изменения в кости окончательно не выразились, необходимо наблюдать за больной костью радиографическим способом через определенные промежутки времени до 24—25-летнего возраста, когда промежуток между апофизом и основной костью исчезает.

Остеопатию седалищного бугра можно диагностировать рентгенографическим методом.

Kirurgi taktika ägedate koletsüstiitide puhul

P. Abramjants ja Š. Gulordava

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Vaatamata sellele, et sapikivitõve kirurgia sünnist on möödunud üle 70 aasta ja selle haiguse kirurgilise ravi alal on palju saavutatud, jääb sapikivitõbi siiski üheks aktuaalsemaks probleemiks kirurgias.

1951. a. juunikuust kuni 1956. a. detsembrikuuni opereeriti Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonnas 125 sapipõie ja sapiteede haigusi põdevat inimest, kusjuures 3 nendest suri. Üldine operatsioonijärgne letaalsus oli seega 2,4%.

Haiged kas saabusid otsekohe kirurgiaosakonda, või nad toodi sinna siseosakonnast mitmesuguste koletsüstiidivormidega.

Haigete hulgas olid ülekaalus naised, neid oli 93 (74,4%), mehi oli 32 (25,6%). Haigete jagunemine vanuse järgi on toodud tabelis nr. 1.

Väga erinevate kliiniliste nähtude tõttu on ägedat koletsüstiiti eriti raske diagnoosida ja see asjaolu sunnib arste haigete statsionaari saatmisel sageli kasutama mitmesuguseid diagnoose, nagu mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi mulgustumine, apenditsiit või soolesulgus. Kõige sagedamini esineb saatekirjadel «äge kõht».

Tabel nr. 1

Haigete vanus aastates	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	Kokku haigeid
Haigete arv	13	11	20	34	32	11	4	125

Haiglavälised diagnoosid olid 36 protsendil koletsüstiidi juhtudest ekslikud. Statsionaaris opereeriti 2 koletsüstiidihaiget diagnoosiga «äge apenditsiit», 2 — diagnoosiga «soolesulgus» ja 4 — diagnoosiga «kaks-teistsõrmiksoole perforatiivne haavand». Operatsioonijärgne diagnoos erines operatsioonieelsest diagnoosist 5,9 protsendil juhtudest. A. D. Otškini (4) andmete põhjal osutus kiirabi korras haiglasse toodud ja saatvate arstide poolt diagnoositud koletsüstiidihaigeil diagnoos ekslikuks 59,9 protsendil juhtudest ning kirurgide operatsioonieelne diagnoos 25,6 protsendil juhtudest. Kroonilise koletsüstiidi diagnoosimisel esines sama autori andmetel eksimusi 10—20% juhtudest.

Andmed eelpoolmainitud ajavahemikul esinenud sapipõie ja sapiteede haiguste võrdlemisi mitmekesiste vormide kohta esitame tabelis nr. 2.

Tabel nr. 2

	Kokku	Kividega koletsüstiit	Kivideta koletsüstiit	Neist suri
Krooniline retsidiveeruv koletsüstiit	32	7	25	1
Äge koletsüstiit				
Katarraalne	39	13	26	—
Flegmonoosne	30	14	16	1
Gangrenoosne	19	8	11	—
Perforatiivne	5	4	1	1
Kokku	125	46	79	3

125-l opereeritust avastati sapipõies ja -juhades kive 46 juhul, s. o. 36,8 protsendil; ülejäänud 79 juhul, s. o. 63,2 protsendil kulges koletsüstiit ilma kivideta.

V. I. Strutškovi (7) andmetel esines koletsüstiidihaigete üldarvust 91,3 protsendil kalkuloosne koletsüstiit, 8,7 protsendil aga kivideta vorm. G. M. Galaiko (2) andmetel V. P. Broitsevi kliinikust oli vastav protsent 88,24 ja 11,76.

Enamik haigeid opereeriti pärast korduvaid haigushoogusid ja pike-maajalist tagajärjeta konservatiivset ravimist. Analüüsitava ajavahemikul kasutati operatiivse ravimeetodina koletsüstektomiat kõigi juhtude puhul.

Väga sageli sarnanevad nii kivideta kui ka kividega koolikuhoogude sümptoomid ja kulg. Selle seose puhul peab mainima, et meie viiel rauga-eas haigel kulges kalkuloosne koletsüstiit sümptoomideta. Kiirabi korras esimese hoo puhul opereeritud haigetel avastati sapipõies 20 kuni 60 kivi, mis ei tekitanud kuni haigestumise momendini mingeid vaevusi.

18 protsendil juhtudest esinesid haigetel tüüpilised sapipõietõvehood, kuid operatsioonil ei leitud sapipõies ega sapijuhades mingisuguseid konkremeente.

Ägedate koletsüstiitide kulg nõuab operatiivse vahelesegamise näidustuste kriteeriumi täpset määratlemist. B. A. Petrovi (5,6), N. I. Gurevitši (3), V. I. Strutškovi (7) ja teiste tööde tõttu läheneme selle tähtsa

kirurgiaharu küsimuse lahendamisele. Praegusel arenguetapil on vaieldavate küsimuste ring sapikirurgias tunduvalt ahenenud. Peaaegu kõik kirurgid tunnustavad kiire kirurgilise vahelesegamise vajadust gangreenoossete, flegmonoossete ja perforatiivsete koletsüstiitide puhul.

Väieldavaks on jäänud küsimus operatiivse vahelesegamise kohta katarraalsete koletsüstiitide puhul, samuti selle vahelesegamise tähtsaja kohta, alates ägeda haigestumise momendist.

Mõned kirurgid, eriti aga terapeutid, pooldavad veel ikka ägedate koletsüstiitide konservatiivset ravi leides, et operatiivne ravi on näidustatud vaid erandjuhtudel. B. A. Petrov (5,6), F. G. Uglov (8), F. M. Gavrilov ja A. I. Belokurov (1) arvavad, et operatiivne ravi on otstarbekohane peaaegu igal ägeda koletsüstiidi juhul. Lähtudes kirjanduse andmetest ja isiklikest tähelepanekutest ei saa meie arvates neid äärmuslikke vaateid siiski pooldada. Ägedate koletsüstiitide konservatiivse ravi tagajärjel võib põletikuline protsess paljudel juhtudel vaibuda, kuid täielik tervistumine ei saabu mingil juhul. V. I. Strutškovi (7) arvates areneb, vaatamata konservatiivsele ravile, rida raskeid tüsistusi (gangreen, flegmoon, perforatsioon jt.), mis võivad lõppeda surmaga. See aga ei tähenda veel, et ägedate koletsüstiitide konservatiivsest ravist tuleb üldse loobuda. Siin on vaja õigesti määrata näidustused konservatiivseks raviks. Sapikooliku kerge hoo puhul, mis kulgeb temperatuuri tõusuta ja leukotsütoosita, ei ole muidugi operatsioon näidustatud, vaid säärane juhtum kuulub konservatiivsele ravimisele (voodirahu, paikset külma või sooja, dieet, glükoosi süstimine veenisisesi ja energiline antibiootikumide kuur). Ägedate koletsüstiitide konservatiivse ravimise puhul likvideerusid 60 protsendil haigetest põletikulised nähud ja opereerida ei olnud vaja. See annab meile õiguse ägeda koletsüstiidi kergete vormide puhul põhjendatult pooldada tagasihoidlikku suhtumist operatiivsesse ravisse. Hoopis teistsugune peab olema kirurgi taktika siis, kui ägeda koletsüstiidi puhul esinevad üle kogu kõhu levivad valud, kõhukelme tunduv reaktsioon, kõrge temperatuur tugeva leukotsütoosiga, sagedane pulss ja haige raske üldseisund intoksinatsiooni tagajärjel. Neil juhtudel on kiire operatsioon absoluutselt näidustatud. Selliste kliiniliste nähtude puhul on tavaliselt tegemist tüsistunud (gangreenoosse, flegmonoosse või perforatiivse) koletsüstiidiga.

Kuid nagu N. I. Gurevitš õigustatult mainib, ei tohi säärane seisund kesta üle 24—36 tunni. Kui selle aja jooksul täheldatakse protsessi vaibumist, siis on edasine ootamine otstarbekohane. Protsessi rahuliku staadiumi saabumisel tuleb otsustada küsimus, kas ravida operatiivselt või konservatiivselt. Visade progresseeruvate nähtude puhul, mis kestavad üle 36 tunni, on kiire kirurgiline ravi näidustatud. Seega, laiendades operatiivse vahelesegamise näidustusi, pooldame ühtlasi konservatiivset ravi näidustatud juhtudel.

Koletsüstiitide operatiivse ravimise puhul kasutasime laialdaselt antibiootikume, tarvitades neid nii operatsiooni ajal enne kõhuõõne sulgemist, kui ka operatsioonijärgsel perioodil, kusjuures antibiootikume manustati korduvalt suurtes annustes trenaažitoru kaudu vahetult kõhuõõnde ja parenteraalselt, kuni normaalse temperatuuri stabiliseerumiseni.

Ülalmainitud juhtudel teostasime laialdaselt vereülekannet operatsiooni ajal ja operatsioonijärgsel perioodil koos 50 protsendilise glükoosilahusega.

Meie tähelepanekute analüüs võimaldab teha järgmise kokkuvõtte:

1. Koletsüstiitide puhul on kliiniline pilt mitmekesine ega vasta iga kord patoloogilistele ja anatoomilistele muutustele.

2. Äge koletsüstiit kulgeb peaaegu ühesuguselt kivide puhul sapi põies kui ka ilma kivideta.

3. Koletsüstiidi mitmesuguste vormide ravimise küsimuste otsustamisel on määrava tähtsusega haiguslik seisund käesoleval momendil. Sapikooliku kerge hoo puhul tuleb rakendada konservatiivset ravi. Keskmise raskusega kliinilise pildi puhul, kui ravi ei anna tulemusi 2—3 ööpäeva jooksul, on näidustatud kirurgiline vahelesegamine. Tüsistunud koletsüstiidi (gangrenoosne, flegmonoosne ja perforatiivne vorm) raske hoo puhul on operatsioon absoluutselt näidustatud.

4. Varajane koletsüstektomia aitab vältida haiguse retsidiive, kolangiite, sapipõie perforatsioonist, kõhukelme liiteid ja teisi tüsistusi. Mainitud juhtudel vabastab operatsioon haiged sageli pikemaajalisest ja tagajärjetust konservatiivsest ravimisest.

Kirjandus

1. Гаврилов Ф. М. и Белокуров А. И. — О лечении больных холециститом. Хирургия 5, 47—49, 1956.
2. Галайко Г. М. — Острый холецистит и показания к его хирургическому лечению. Хирургия 11, 12—21, 1956.
3. Гуревич Н. И. — О тактике хирурга при остром холецистите. Хирургия 11, 7—8, 1956.
4. Очкин А. Д. — Желчнокаменная болезнь, холецистит и их хирургическое лечение. М., 1949.
5. Петров Б. А. — Оперативное лечение острого холецистита. Хирургия 10, 58—69, 1950.
6. Петров Б. А. — Проблема острого холецистита. Хирургия 11, 3—6, 1956.
7. Стручков В. И. — Острый холецистит. Хирургия 11, 8—12, 1956.
8. Углов Ф. Г. — Хирургическое лечение при остром холецистите. Хирургия 2, 3—8, 1954.

Тактика хирурга при оперативном лечении холецистита

П. Абрамянц и Ш. Гулордава

Резюме

За последние 20—25 лет все чаще высказывают мнение об обязательности операции в стадии острого холецистита. Эта идея приобретает все большее число сторонников, но она не получила еще четкого и единообразного решения. Поэтому изучение и обобщение опыта клинических наблюдений отдельных лечебных учреждений представляют определенный интерес.

В статье приводится клинический анализ 125 больных, оперированных по поводу различных форм холецистита. Из 93 больных с острым холециститом умерло 2, из 32 больных с хроническим холециститом умер 1. Общая послеоперационная летальность составляет 2,4%. Данные позволяют прийти к следующим выводам:

1. Клиническая картина при холецистите многообразна и не всегда соответствует патолого-анатомическим изменениям.

2. Острый холецистит протекает почти одинаково как при наличии, так и при отсутствии камней в желчном пузыре.

3. При решении вопроса о лечении различных форм холецистита определяющей является тяжесть текущего момента заболевания. Больные с легким приступом желчной колики подлежат консервативной терапии. При средней тяжести клинической картины холецистита, в случае отсутствия лечебного эффекта в течение 2—3 суток, показано хирургическое вмешательство. Тяжелый приступ осложненного холецистита (гангренозная, флегмонозная и перфоративная формы) является абсолютным показанием к срочной операции.

4. Ранняя операция — холецистэктомия предотвращает рецидивы заболевания, холангиты, перфорации желчного пузыря, спайки внутрибрюшных образований и другие осложнения, причем в таких случаях операция нередко избавляет больных от длительной и бесцельной консервативной терапии.

При современном прогрессе хирургии брюшной полости опасность операции невелика и во всяком случае искупает тяжелые последствия опасных осложнений. Противопоказания к холецистэктомии при холецистите должны быть в максимальной степени сужены.

Luu- ja liigesetuberkuloosi uuest ravimeetodist

A. Seppo,

dotsent

(Tallinna II Haiglast, peaarst A. J o a k i m o v ja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor, meditsiiniteaduste kandidaat A. J a n n u s)

Efektiivsete tuberkuloosivastaste kemoterapeutiliste ja antibakteriaalsete ravimite kasutuselevõtmine parandas varajase kopsutuberkuloosi ravi tulemusi. Samade ravimitega aga ei saavutatud luu- ja liigese-tuberkuloosi puhul olulisi tulemusi. Luu- ja liigesetuberkuloosi ravi tulemustest streptomütsiiniga kirjutasid esimestena nõukogude kirjanduses Z. Lebedeva ja J. Lipkina 1950. aastal. Selleks ajaks lõpetasid autorid ravi 19-l haigel. Nii lõpetatud kui lõpetamata raviga haigete uurimisest selgus, et haiguse käik muutus üldiselt kergemaks, kuid haiguse kestus ja tema tsükliline kulg ei muutunud. E. Sorrel ja Sorrel-Dejerine tulid 1949. aastal streptomütsiinravi efektiivsuse suhtes umbes samasugusele otsusele. Viimased autorid tegid oma järelduse 373 haige ravi tulemuste põhjal. Ühtlasi märkisid nad, et streptomütsiin rahustab perifokaalset põletikulist reaktsiooni, kuid protsesside dünaamika tuberkuloosikoldes jääb endiseks. Sama kordasid 1950. aastal P. Gerard-Marchant ja M. Salmon 500 luu- ja liigesetuberkuloosahaige ravi tulemuste põhjal. Autorid rakendasid peale streptomütsiini veel PAS ja teisi kemoterapeutilisi antibakteriaalseid vahendeid, kuid olukord ei muutunud. Ka edaspidised arvukad tööd ei ole suutnud seda küsimust oluliselt muuta. Selgus ainult, et antibakteriaalsete ainete katte all võib julgemini ette võtta operatsioone rahunenud või soikunud tuberkuloosikollete eemaldamiseks ja sellega lühendada ravi kestust (P. Kornev jt.). Sellised operatiivsed vahelesegamised kujutavad endast liigeste resektsioone. Haiguse alg- ja ägedas faasis pole võimalik teha operatsioone kindla efektiga, aga protsessi rahunemiseks kulub aastaid. Sellepärast peavad luu- ja liigesetuberkuloosahaiged sageli aastate jooksul kipsis lamama. Rahu tähtsust haigete ravimisel ei saa muidugi eitada, kui see kestab lühikest aega. Tuberkuloosahaigeid aga asetatakse kipsi aastateks. Aastaid kestev liikumatu olek kipsis on haigele juba vaimsalt raske. Ühtlasi toimuvad tema organismis paljud kahjulikud muutused, nagu ringiva verehulga vähenemine, ainevahetuse langus, luu- ja pehmete kudede atroofia. Need tegurid aga ei soodusta haige organismi võitlust nakkuse vastu. Ka pisikute vastu toimivad ravimid ei saa sellistes tingimustes avaldada küllaldast efekti. R. Leriche ja N. Burdenko märkisid, et üldisel manustamisel jaguneb ravim organismis proportsionaalselt verevarustusele ja ei satu kudedesse, kus puudub verevarustus. See fakt võimaldab aru saada, miks tuberkuloosivastased antibakteriaalsed vahendid üldisel manustamisel annavad rahuldavat efekti kopsutuberkuloosi ravimisel, kuid ei toimi luu- ja liigesetuberkuloosi puhul. Kopsu verevarustus on võrdlemisi hea, järelikult ka raviainet satub sinna palju ja raviefekt on parem kui luudes, kus verevarustus on halvem. Tuberkuloosne põletik luudes algab perivaskulaarse infiltraadiga. Epitelioidsed rakud kasvavad veresoonte seintest läbi, põhjustades viimaste ahenemist ja isegi oblite-reeruvat vaskuliiti, mis koos kõrgenenud kudede vahelise rõhuga vähendab verevarustust põletikukoldes. Destruktiivses koldes puudub vereringe täiesti. Sellepärast ei pääse sinna küllaldasel määral raviainet. Mikrodoosid aga tekitavad resistentseid pisikuvorme. Seega ei muuda ravimite üldine manustamine tuberkuloosiprotsessi luudes kuigi oluliselt.

Käesolev ravimeetod põhineb autori uurimustel, 1951., 1954., 1956. ja 1957. aastal. Meetodi põhituum on järgmine. Luu koesse (mitte luuüdi kanalis) viiakse puurimise teel perifokaalselt spetsiaalne instrument,

mis laseb vedelikul liikuda ainult ühes suunas. Kui on olemas mädakolle, siis viiakse sinna kinnine metallidrenaaz. Ravimi pidev manustamine toimub esimese instrumendi kaudu $\frac{1}{2}$ kuni 1 atmosfäärilise surve all. Nii tekib põletikulise luu koe pidev infiltreerimine ravivedelikuga ja sundtsirkulatsioon põletikulises koldes. See ei ole kaugeltki lihtne instillatsioon Carrel-Dakin'i põhimõttel. Manustades tuimastavaid aineid, näiteks novokaiini, võime reguleerida närvilõpmete ärritust, manustades puhversegusid võime normaliseerida põletikulistes kudedes pH, manustades lahusid, mis sisaldavad *Ca*, *P*, *Cl* ja *Na* ioone vajalikus kontsentratsioonis, võime normaliseerida seal mineraalainevahetust. Kõik see loob optimaalsed tingimused troofika normaliseerimiseks ja fagotsütoosi aktiviseerimiseks. Ravi tõhustamiseks tuleb vähendada tuberkuloosipisikute virulentsust. Antibakteriaalsete vahendite pidev kontakt pisikutega kergelt leeliseses keskkonnas optimaalselt normaliseeritud tingimustes hävitab nakkuse ja soodustab luu paranemist. Et raviained ei kahjustaks makroorganismi rakke, tuleb neid manustada lahustena isotoonilises kontsentratsioonis. Sellistes tingimustes manustame luu pideva infiltreerimise kujul streptomütsiini, PAS ja salusiidi kahe nädala jooksul. Sellele järgneb ühenädalane vaheaeg. Selliseid ravikuure rakendame 2—3 korda. Haigete režiim on vaba. Haiget organismiosa ei immobiliseerita. Haigetele ordineeritakse füsioterapeutilisi protseduure ja ravivõimlemist.

Mackaness ja Smith tõestasid 1952. a., et streptomütsiini 10 mikrogrammi 1 ml kohta ja PAS 100 mikrogrammi 1 ml kohta takistavad tuberkuloosipisikute kasvu koe kultuuris (tsit. S. Orell'i järgi). Autori uurimused näitasid, et tuberkuloosse põletiku likvideerimiseks inimese luukoes on tarvis neid ravimeid manustada luu infiltreerimise kujul 2 korda suuremas kontsentratsioonis.

Uue kompleksse ravimeetodi rakendamisel rahuneb äge tuberkuloosne põletikuprotsess harilikult juba ühe kuu jooksul. Teise kuu vältel kujuneb välja röntgeni ülesvõtetel selgesti nähtav regeneratsioon. Luukoe taastumine, sõltuvalt eelnevatest kahjustustest, kulgeb veel umbes 6 kuud.

Kokkuvõtte

Käesolev töö näitab uue ravisuuna algust. Ees on veel palju mitmesuguseid uurimusi. Võime eeldada, et uue ravisuuna lõplik väljaarendamine lühendab senist luu- ja liigesetuberkuloosihaigete ravi kestust. Samuti väheneb loodetavasti radikaalsete ja korrigeerivate operatsioonide vajadus.

Kirjandus

1. Бурденко Н. Н. — Лечение огнестрельных ран на фронте в период Великой Отечественной войны. Тр. XXV Всесоюзного съезда хирургов. М., 32, 1948
2. Корнев П. Г. — Научная конференция Ленинградского республикан. научно-исследовательского института туберкулеза. (26—30 ноября 1956 г.): Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 4, 1944, 1957
3. Лебедева З. А. и Липкина Е. А. — Применение стрептомицина при костно-суставном туберкулезе. Проблемы туберкулеза, 5, 1950
4. Gerard-Marchand P. et M. Salmon — Les antibiotiques et la chimiotherapia dans les tuberculeuses osseuses et articulaire, Revue d'orthopédie, 36, 5, 242—284, 1950.
5. Leriche R. — Apres L'excision des plaies musculaires par projectiles de guerre. Presse med., 4, 1940.
6. Orell S. Surgical treatment of vertebral tuberculosis with the aid of chemotherapy and antibiotics. Wiederherstellungschirurgie und Traumatologie, vol III, 46—79, 1956.
7. Sorell E. et Sorell-Dejerine — Des modifications apportées par l'emploi des antibiotiques et des produits chimiques récents dans le traitement opératoire des tuberculeuses osseuses et articulaires. Wiederherstellungschirurgie und Traumatologie. Basel, S. Karger, vol. III, 1—45, New-York, 1956.
8. Sorell E. et Sorell-Dejerine — Streptomycine et tuberculeuses osseuses, Revue d'orthopédie, 35, 1—2, 1949.

О новом методе лечения костно-суставного туберкулеза

А. Сеппо

Резюме

Длительная, непрерывная инфильтрация лекарственных веществ под давлением в 0,5 атмосферы в костную ткань при костно-суставном туберкулезе способствует созданию оптимальной внутренней среды для клеток макроорганизма и губительно влияет на туберкулезные палочки. Лабораторными и клиническими исследованиями автор доказывает, что противотуберкулезные средства (стрептомицино-хлоркальцевый комплекс, стрептомицин серноокислый, пара-амино-салициловокислый натр и салузид) нужно вводить терапевтическими дозами в растворах с изотонической концентрацией в костную ткань перифокально с одновременным дренажем гнойной полости. Введение растворов проводится при помощи специального приспособления. В течение дня, чередуясь с антибактериальными средствами, вводятся в костную ткань через ту же систему растворы минеральных солей с оптимальной концентрацией ионов кальция и фосфора. Лекарственные вещества вводятся в течение двух недель. Затем делается перерыв на одну неделю. Курс такого лечения повторяют два-три раза. Гипс не применяется. Больные занимаются лечебной физкультурой и получают физиотерапевтические процедуры. Обычно острый процесс затихает в течение одного месяца лечения. Через два месяца рентгенологически определяется восстановление структуры кости. Регенерация кости продолжается, в зависимости от предшествовавших разрушений, от двух до шести месяцев.

Gripi laboratoorsest diagnostikast hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni abil

E. Tšaplinski

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. Jannus)

Gripp on laialdaselt levinud nakkushaigus. Sellist levikut seletatakse lühiajalise immuunsusega pärast gripi põdemist, gripitekitaja polütüüpajaga ja selle muutumisega epideemilise protsessi kestel. Kujukaks näiteks sellest on gripiviiruse A-tüübi evolutsioon. Tüüp A levis laialdaselt kuni 1947. aastani (NSV Liidu territooriumil aga kuni 1949. aastani). Siis ilmus aga selle alatüüp A₁, mis viie aasta jooksul, 1947. a. kuni 1952. a., levis epideemiate ja üksikute puhangutena. 1957. a. haaras kiiresti areneva gripi pandeemia kogu maailma. Seekord oli gripi tekitajaks A-viiruse uus variant, mida nimetati A (Aasia) 57 ehk A₂. Virusoloogid eraldasid samuti gripiviiruse B, C ja D tüüpe. Gripitekitajate mitmesuguste variantide uurimine on kahtlemata väga tähtis, sest selle tulemuste põhjal töötatakse välja efektiivsed vaktsiinipreparaadid.

Peale gripi on laialdaselt levinud mitmesugused, nii bakteriaalse kui ka viirusliku etioloogiaga gripitaolised haigused, mille kliiniline diferentsiaaldiagnostika on ühesuguste üldsümptomide tõttu raskendatud. Sellepärast on gripi laboratoorsel diagnoosimisel suur tähtsus, sest diagnoosi püstitamisel osutub see sageli otsustavaks faktoriks.

Gripiküsimuse aktuaalsuse tõttu on vaja, et selle laboratoorse diagnostikaga hakkaksid tegelema kõik Eesti NSV bakterioloogilised laboratooriumid. On olemas üksikasjaliselt väljatöötatud ja kirjeldatud (1, 2) gripi varajase ja retrospektiivse diagnoosimise meetodid.

Peatume ühe kõige käepärasema ja igas laboratooriumis teostatava retrospektiivse diagnoosimismeetodi — hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni juures.

On teada, et haigusprotsessi jooksul haige organismis tekivad antud haigusetekitaja vastu spetsiifilised antikehad. Nende tootmine algab organismis umbes teisel haigusnädalal. Edaspidi tõuseb nende hulk haige veres maksimumini rekonvalesentsusperioodi esimestel nädalatel. Selle tõttu, et gripp on laialdaselt levinud haigus, on inimestel peaaegu iga gripiviiruse tüübi jaoks antikehade teatud tase (tiiter) veres juba enne haigestumist olemas. Kui inimene haigestub grippi, siis hakkab tema veres tekitaja antud tüübi suhtes olemasolev antikehade tiiter tõusma. Sellist antikehade kasvu võibki määrata hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni abil. Reaktsioon on rangelt spetsiifiline ja seepärast võib selle abil kindlaks määrata haiguse põhjustanud gripiviiruse tüübi.

Reaktsiooni jaoks kasutatakse seerumipaari, millest esimene saadakse haiguse algul, teine — rekonvalesentsusperioodil. Antikehade tiitri tõusu teises seerumis neli ja enam korda võrreldes esimesega tuleb pidada diagnostilise väärtusega hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooniks. Tiitri kahekordne tõus on diagnostiliselt tähtis ainult haiguse levimisperioodil ja seda hinnatakse positiivse resultaadinä.

Reaktsiooni teostamiseks peavad olema järgmised ingrediendid: uuri-tavad seerumipaarid, viirus või diagnostikum ja erütrotsüütide suspensioon. Esimene seerum saadakse haigelt esimestel haiguspäevadel, s. o. kolmandal kuni neljandal päeval. G. F. Kornejevi (3) andmetel võib mõnikord esimest vereproovi võtta isegi 10-ndal kuni 12-ndal päeval, tüsistustega gripi (pneumoonia) puhul aga veelgi hiljem — 20-ndal päeval. Teise seerumiproovi jaoks võetakse haigelt verd alates kolmandast nädalast pärast haigestumist. Kornejevi arvates võib intervalli vere võtmiste vahel lühendada kuni kuue päevani.

Reaktsiooniks on tarvis gripiviiruste mitmesuguste tüüpide kultuure (kõige tarvitavamad on A, A₁, A₂ ja B) või standarddiagnostikume.¹ Viirust või diagnostikumi tarvitatakse neljakordses tiitris. Eelnevalt määratakse viiruse tiiter tavalisel viisil (1). Kui näiteks viiruse tiiter võrdub 1 : 128, siis tuleb võtta reaktsiooniks lahjendus 1 : 32.

Kasutatakse kas kuke või inimese erütrotsüüte (0 vererühm) üheprotsendilise suspensioonina füsioloogilises lahuses. Verd võetakse kukeharjast ja hüübimise vältimiseks kas defibrineeritakse või lisatakse vähesel hulgal (vahekorras 1 : 10) neljaprotsendilist sidrunihapu naatriumi lahust. Suspensiooni valmistamiseks erütrotsüüdid tsentrifuugitakse, kusjuures neid loputatakse kolm korda füsioloogilise lahusega. Üheprotsendilist suspensiooni hoitakse külmutuskapis +4°C juures kuni üks nädal. Kerge hemolüüsi tekkimise puhul asendatakse settinud erütrotsüütide peal olev vedelik samasuguse hulga füsioloogilise lahusega. Defibrineeritud verd säilitatakse külmutuskapis 4 kuni 5 päeva. Selle konserveerimine formaliiniga arvestuses 1 : 800 pikendab säilitamisaega kuni kahe nädalani.

Enne reaktsiooni algust soojendatakse seerumipaare 30 minutit temperatuuri juures 56°C mittespetsiifilistest antihemaglutiniinidest (inhibiitoritest) vabastamiseks. Pärast seda valmistatakse igast seerumist rida lahjendusi, alates 1 : 10 jne. koefitsiendiga 2. Iga seerumi lahjenduste hulk vastab reaktsioonis kasutatavate diagnostikumide hulgale. Seerumi hulk igas katseklaasis on 0,25 ml.

Esimeses reas asuvasse seerumilahjenduse katseklaasidesse lisatakse igäühesse 0,25 ml neljakordse tiitriga A-diagnostikumi, teise rea katseklaasidesse lisatakse igäühesse 0,25 ml A₁-diagnostikumi (neljakordse tiitriga), kolmandas reas olevatesse katseklaasidesse lisatakse samasuur annus B-diagnostikumi jne. Selle järel lisatakse igasse katseklaasi 0,5 ml

¹ Standarddiagnostikume võib saada NSV Liidu Teaduste Akadeemia D. I. Ivanovski nimelisest Virusoloogia Instituudi gripi regionaalsest keskusest Moskvast.

üheprotsendilist erütrotsüütide suspensiooni. Ingredientide üldhulk igas katseklaasis on 1 ml. Katseklaase loksutatakse ja hoitakse 30—45 minutit toatemperatuuris.

Iga analüüsi puhul tuleb tingimata kontrollida ka diagnostikume ja seerumeid. Selleks asendatakse reaktsioonis puuduv komponent vastava annuse füsioloogilise lahusega. Kontrollimiseks võetakse seerumite lahjendus 1 : 20. Reaktsiooni tulemusi arvestatakse järgmiselt: katseklaasis, kus toimus hemaglutinatsioon, moodustub erineva läbimõõdu ja paksusega ebaühtlaste festoonservadega erütrotsüütide settekiht. Seal, kus tekkis aga hemaglutinatsiooni pidurdus, setivad erütrotsüüdid katseklaasi põhjale väikeste tihkete kettakestena.

Seerumi tiitriks loetakse niisugust lahjendust, mille puhul hemaglutinatsioon veel pidurdub. Hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni tagajärgede arvestamisel võivad esineda juhud, kus mõlemas seerumis antikehade tiiter on ühesugune, või siis ägeda haigusperioodi seerumi tiiter on kõrgem kui rekonvalesentsusperioodi seerumil. Hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni massilisel tegemisel, nagu mainib ka V. M. Stahhanova (4), esineb niisugune nähtus võrdlemisi sageli ning seda seletatakse asjaoluga, et haigete seerumis esineb inhibiitoreid, mille hulk haige veres ägeda palaviku perioodil kasvab.

Seerumis esineb termolabiilseid inhibiitoreid, mida saab kõrvaldada seerumi soojendamiseiga vesivannis 30 minuti jooksul 56°C juures, ja termostabiilseid inhibiitoreid, mida ei saa kõrvaldada isegi keetmisega. Esimesed on seoses vere beetaglobuliiniga, teised alfa globuliiniga. Mõlemate hulk kasvab ägeda palaviku perioodil.

Nii termostabiilsete kui ka termolabiilsete inhibiitorite kõrvaldamine uuritavast seerumist on kohustuslik. See saavutatakse seerumi töötlemisega kooleravibriooni kultuuri abil või süsihappega V. I. Joffe, K. M. Rosentali või E. A. Fridmani meetodil.

Igas laboratooriumis on lihtsam rakendada seerumi süsihappega töötlemise meetodit. A. S. Gorbunov jt. (5) esitasid mõnevõrra modifitseeritud meetodi, mis seisneb selles, et suur Kipp'i aparaat asendatakse tavalise kolviga (Erlenmeyeri, Bobrovi kolb jt.), mille põhjal on kriit. Avause korgisse on asetatud tilklehter ja toru CO₂ juhtimiseks katseklaasi, kus on seerum. Kriidiga teostatavaks reaktsiooniks on vaja lahjendatud HCl. Vajalikuks tingimuseks seerumi töötlemisel süsihappega on seerumi lahjendamine destilleeritud veega 1 : 10. Töötlemine süsihappega kestab 5 kuni 7 minutit. Pärast seda katseklaasi sisu tsentrifuugitakse, settepealne vedelik eraldatakse ja see kui seerumi lahjendus 1 : 20 ongi valmis hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooniks. V. M. Gnorisova (6) andmetel ei sisalda sellise meetodiga töödeldud seerum termostabiilseid ega ka termolabiilseid inhibiitoreid ning seda ei tarvitse enam täiendavalt soojendada. Seega on meie poolt kirjeldatud reaktsioon võrdlemisi lihtne ja täiesti rakendatav igas praktilises laboratooriumis.

Kirjandus

1. A. К. Шубладзе и С. Я. Гайдамович — Краткий курс практической вирусологии. Медгиз, М., 1954 г.
2. А. С. Горбунова и Е. Н. Бычкова — Методическое пособие по борьбе с гриппом. Медгиз, М., 1956 г.
3. Г. Ф. Корнеева — «Вопросы вирусологии» 5, 287—290, 1957
4. В. М. Стаханова — «Вопросы вирусологии» 6, 367—391, 1957
5. А. С. Горбунова, В. М. Гнорисова, В. Г. Спелушкина, А. Н. Ложкина, З. М. Шахмалиева, В. М. Пелевина — «Вопросы вирусологии» 2, 21—27, 1956
6. В. М. Гнорисова — «Вопросы вирусологии», 2, 117—118, 1957

О лабораторной диагностике гриппа при помощи реакции задержки гемагглютинации

Е. Чаплинский

Резюме

Широкое распространение гриппа, а также сходных с ним по клинической картине заболеваний как вирусной, так и бактериальной этиологии, обязывает медицинских работников при постановке диагноза «грипп» учитывать результаты лабораторных анализов материала, полученного в процессе обследования больного.

Из способов лабораторной диагностики гриппа, наиболее доступной по выполнению в каждой лаборатории, является реакция задержки гемагглютинации. Реакция основана на способности специфической сыворотки, при добавлении к вирусной суспензии, задерживать феномен гемагглютинации, появляющийся при контакте вирусосодержащей жидкости с взвесью эритроцитов кур, морской свинки или 0 группы крови человека.

В реакции в качестве реагентов употребляются: парные сыворотки больного, одна из которых получена в первые дни заболевания, а вторая — в период реконвалесценции, а также вирус (в виде эталонных штаммов) или диагностикума. В качестве индикатора употребляется 1% взвесь эритроцитов кур или человека. До постановки реакции сыворотки прогревают на водяной бане при 56°C в течение 30 минут для удаления неспецифических термолabileльных ингибиторов. Термостабильные ингибиторы удаляются из сывороток путем пропускания через последние углекислоты в течение 5—7 минут. Обязательным условием при этом является разведение сыворотки до обработки СО₂ дистиллированной водой в соотношении 1:10. Такая сыворотка после обработки углекислотой готова к употреблению в реакции как разведенная 1:20.

Каждая из сывороток разводится, начиная с 1:10 с коэффициентом 2. Затем готовят несколько рядов пробирок (в зависимости от количества применяемых диагностикумов) и в каждую из них переносят по 0,25 мл соответствующего разведения одной сыворотки. После этого в каждую из пробирок одного ряда добавляют по 0,25 мл диагностикума А, взятого в четырехкратном титре. Титр диагностикума указан на этикетке ампулы, и каждый раз до постановки реакции проверяется*. В пробирки другого ряда добавляют в таких же дозах диагностикум В (в четырехкратном титре); в пробирки третьего ряда — диагностикум А¹ и т. д. То же проделывают и со второй сывороткой.

После смешения диагностикума с сывороткой в каждую пробирку прибавляют 0,5 мл 1% взвеси эритроцитов кур или человека (0 группы крови), приготовленной в день постановки реакции. Затем штативы с пробирками встряхивают и оставляют на 30—40 минут при комнатной температуре, после чего производят учет результатов реакции.

В пробирках, где нет задержки, на дне образуется фстончатый осадок агглюнированных эритроцитов. Там же, где произошла задержка гемагглютинации, на дне пробирки образуется круглый, с ровными краями, небольшого диаметра осадок эритроцитов.

Реакция считается положительной, если титр антител в сыворотке периода реконвалесценции превышает титр антител сыворотки острого периода в 4 раза и больше.

* Стандартные диагностикумы можно получить из регионального центра по гриппу Института вирусологии имени Д. И. Иванковского АМН СССР в Москве.

Eesti NSV apteekide ekstemporaalse retseptuuri komplitseeritusest

L. Pant

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsusest, valitsuse ülem
M. Vološin)

Ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» nr. 1, 1958. a., toodud artiklis «Eesti NSV apteekide retseptuurist» käsitleti üksikute ravimvormide esinemise sagedust ja korduvate ravimieeskirjade esinemist. Ühtlasi selgitati välja ka Eesti NSV apteekide retseptuuri komplitseeritus.

Käesolevas artiklis on retseptuuri komplitseeritust käsitletud kahes osas: 1) komplitseeritud retseptide osatähtsus ekstemporaalses retseptuuris, 2) ebaratsionaalsed retseptid ja retseptid, mille järgi ravimite valmistamine tekitab raskusi.

1. Komplitseeritud retseptide osatähtsusest

Nagu teada, moodustavad kergesti valmistatava retseptuuri lihttilgad, nina- ja kõrvatilgad, lahused, segud, kontsentratsioonidest valmistatud leotised, doseerimata lihtpulbrid, mis ei sisalda üle nelja ingrediendi, lihttilgad, doseerimata lihtpulbrid, valmis salvid, lahtised tabletid ning ampullid.

Loetletud lihtsate ravimite kõrval esineb Eesti NSV apteekides suur hulk komplitseeritud valmistamisviisiga ravimeid. Komplitseeritud ravimiteks loeti Moskva ja Usbeki NSV apteekides läbiviidud uurimiste põhjal järgmisi ravimeid: 1) pulbrid, mida on doseeritud üle 12 pulbri retsepti kohta, 2) ekstemporaalselt valmistatud keedised ja leotised, 3) silmatilgad, 4) süstelahused, 5) ekstemporaalselt valmistatud salvid, 6) pillid, 7) suposiidid ning gloobulid, 8) teesegud. Peale eelnimetatute kuuluvad komplitseeritud ravimite hulka sellised, mis sisaldavad üle nelja ingrediendi või mille valmistamine on komplitseeritud.

Eesti NSV apteekides on ekstemporaalses retseptuuris valmistatud doseeritud pulbreid 22,60 %. Keskmise pulbrite arv retsepti kohta kõigub 15-st kuni 23-ni. Seega kuuluvad doseeritud pulbrid peaaegu kõik komplitseeritud ravimite hulka. Üksikjuhtudel, umbes neli protsenti üldarvust, on kirjutatud välja 12 ja vähem pulbrit retsepti kohta. Võrdlemise sageli aga kirjutatakse 40 kuni 60, isegi kuni 100 pulbrit retsepti kohta.

Ekstemporaalselt valmistatavaid keediseid ja leotisi on Eesti NSV apteekides 4,90 %, silmatilku 5,40 %. Süstelahuseid esineb keskmiselt 2,67 %. Siia juurde ei ole arvestatud neid süstelahuseid, mis valmistatakse haiglatele. Haiglatele valmistatud ravimite hulgas on süstelahuste osatähtsus tunduvalt suurem kui ambulatoorses retseptuuris.

Ekstemporaalselt valmistatavaid salve esineb 6,28 %, pille 0,58 %, suposiide ning gloobuleid 0,35 %, vähe esineb teesegusid — 0,11 %. Need komplitseeritud valmistamisviisiga ravimid moodustavad kokku 42,89 % ekstemporaalsest retseptuurist.

Teisi ravimvorme, mille hulgas esineb veel komplitseeritud ravimeid, on Eesti NSV apteekides kokku 44,03 %. Viimaste hulgas on ligikaudu 45 % ravimeid, mis sisaldavad üle 4 ingrediendi või mille valmistamine on komplitseeritud ja kuuluvad seega komplitseeritud valmistamisviisiga ravimite hulka. Seega suureneb komplitseeritud retseptide hulk veel 19,81 %, võrra.

Nii esineb Eesti NSV apteekide retseptuuris 62,70 % komplitseeritud valmistamisviisiga ravimeid (see moodustab üldretseptuurist 45,80 %).

Moskva apteekides toimunud uurimisel selgitati, et komplitseeritud ravimeid esineb neis keskmiselt 53 % ekstemporaalsest retseptuurist (see moodustab üldretseptuurist ainult 15,90 %, sest ekstemporaalne retseptuur Moskva apteekides on 30 % üldretseptuurist).

Arvesse võttes, et Eesti NSV apteekide retseptuur on äärmiselt koor-
matud komplitseeritud ravimite valmistamisega, aeglustab see märgata-
valt apteegiassistentide tööd. Sageli ei suuda assistendid valmistada ravi-
meid vastavalt normidele. Apteegid saavad sellest üle signarante ja käsi-
müüjaid assistentidena rakendades, mille tõttu aga kannatab elanikkonna
teenindamise kiirus. Ainult üksikutes suuremates apteekides kasutatakse
assisteerimisel abitööjõuna ka jaendajaid (apteegid nr. 1 ja 2), nimelt
pulbrikaalujatena. Harilikult on jaendajad apteekides aga liialt koorma-
tud jaendamisega käsimüügi tarbeks, sest Eesti NSV-s puudub kohalik
galeeniline laboratoorium, mis võiks valmistada käsimüügi preparaate.

2. Ebaratsionaalsetest retseptidest

Apteekide retseptuuris esineb sageli eeskirju, mille järgi ravimeid
valmistades tekivad konsistentsilt ebasobivad ravimvormid, samuti ka
lahustumatud või mittesoovitava toimega uued ühendid ravimite või
nende koostisosade omavahelise reageerimise tagajärjel.

Esineb ka pikki, üle 8 ingrediendi sisaldavaid ravimite eeskirju.
Uuemad ravimeetodid soovitavad kombineeritud medikamentooset ravi,
kuid seejuures tuleks hoolega läbi mõelda kõik võimalikud vasturääki-
vused, mis sageli esinevad pikkades eeskirjades. Mõnikord ordineeritakse
üheskoos antagonistlikult toimivaid ravimeid, või aineid, mis tekitavad
omavahel uusi ühendeid või lahustumatuid soolasid. Paljudel juhtudel
oleks otstarbekam ordineerida kaht või kolme erinevat ravimvormi, eri
aegadel sissevõtmiseks.

Toome mõned väljavõtted pikkadest ja ebaratsionaalsetest retsepti-
dest. Retseptide juurde on märgitud apteekide numbrid, kus need retsep-
tid on esinenud.

Rp. nr. 1 (apteek nr. 192)
Tinct. Strophanthii gtt. XVI
Tinct. Convallariae majalis 2,0
Medinali 2,5
Diuretini 4,0
Jodi puri 0,05
Infusi folii Digitalidis
0,05—200,0
M.D.S.

Rp. nr. 2 (apteek nr. 57)
Acidi borici
Penicillini āā 0,2
Sol. Adrenalini 1 : 1000 gtt. X
Olei Helianthi
Aq. destillatae āā 5,0
M.D.S.

Retseptis nr. 1 sisalduv kristalne jood ei lahustu täielikult vees.
Lahustunud jood toimib aga sörmkübaralehe glükosiididesse hapenda-
valt.

Retseptist nr. 2 ei selgu penitsilliini toimeühikute hulk, sest penitsil-
liini toimeühikuid ei ole kaaluühikus konstantselt. Ravimi valmistamisel
tekitab raskusi nõutava steriilsuse saavutamine ja boorhappe vesilahus
soodustab penitsilliini inaktiveerumist. Õli ja vesi omavahel ei segune ja
ravim on raskesti läbiloksutatav.

Rp. nr. 3 (apteek nr. 111)
Sol. calcii chlorati 10%—200,0
Magnesi sulfurici 3,0
Natrii bromatii 3,0
D.S.

Rp. nr. 4 (apteek nr. 89)
Jodi puri 3,0
Chloroformii 150,0
Spiritus vini 20,0
Paraffini 30,0
D.S.

Retseptis nr. 3 on ordineeritud koos kaltsiumkloriidi ja magneesium-
sulfaati, mis omavahel reageerivad, moodustades lahustumatu kaltsium-
sulfaadi — kipsi, mida aga sissevõtmiseks ei kasutata.

Retseptis nr. 4 antud parafiin lahustub kloroformis, kuid alkoholi
lisamisel sadestub parafiin uuesti välja.

Rp. nr. 5 (apteek nr. 1)
Sol. collargoli 0,25%—250,0
Novocaini muriatici 1,5
Tinct. Belladonnae 2,0
D.S.

Rp. nr. 6 (apteek nr. 1)
Ichtyoli
Glycerini āā 25,0
Spiritus camphorati 30,0
Liq. Burowi 250,0
D.S.

Retseptis nr. 5 esinev novokaiinhüdrokloriid on tugeva hüdroolüütilise toimega, mille tõttu kollargool kui kolloidne aine laguneb, moodustades paksu pudrutaolise massi, mida on ebamugav sisse võtta.

Retseptis nr. 6 ordineeritud ihtüool seguneb glütseriiniga ja kampripiiritusega, kuid buurovi vedeliku lisamisel sadestub välja nii ihtüool kui ka kamper. Kohasem oleks siinjuures buurovi vedelikku kasutada eraldi.

Rp. nr. 7 (apteek nr. 1)
Jodi puri 0,02
Kalii jodati 0,2
Extracti Valerianae 4,0
Luminali 0,1
Acidi ascorbinici 4,0
M. f. massae pil. q. s.
ut. f. pil. nr. XXX

Rp. nr. 8 (apteek nr. 1)
Hydrarg. ppt. albi 4,0
Perhydrol 6,0
Camphorae tritae 1,0
Lanolini
Vaselini
Axungiae porci āā 10,0
D.S.

Retsepti nr. 7 pillimassis esinevad koos jood ja askorbiinhape, mis reageerivad omavahel. Askorbiinhape kui tugev redutseerija taandab joodi, tekib joodvesinik, seejuures oksüdeerub osa askorbiinhapest ja inaktiveerub.

Retseptis nr. 8 esineb perhüdrol, mille tõttu salv hakkab tugevasti vahutama. Perhüdrol hapendab salvialuses leiduvaid rasvaineid, eraldades hapnikku ja muutudes ise veeks.

Rp. nr. 9 (apteek nr. 39)
Inf. herbae Adonidis vernalis
 6,0—200,0
Tincturae Valerianae 20,0
Kalii bromati 10,0
Luminali 0,5
Papaverini hydrochlorici 0,6
Extracti Belladonnae 0,18
Codeini phosphorici 0,15
Ephedrini 0,5
Liquoris ammonii Anisati
Aqua Amygdalarum amararum āā 3,0
Elixiri pectoralis 10,0
Extracti Liquiritiae 4,0
Sirupi simplicis 40,0
M.D.S.

Rp. nr. 10 (apteek nr. 33)
Inf. herbae Adonidis vernalis
 6,0—225,0
Tinct. Valerianae 20,0
Tinct. Convallariae majalis 8,0
Tinct. Strophanthi 4,0
Liq. ammonii Anisati
Aq. Amygdalarum amararum āā 3,0
Kalii jodati 5,0
Elixiri pectoralis 10,0
Ephedrini hydrochlorici 0,4
Sirupi simplicis 75,0
M.D.S.

Retseptis nr. 9 on toodud mitme haiguse vastu mõjuvaid ravimeid. Südametoimega ravimite (palderjani tinktuur ja adoonise leotis) kõrval esineb vererõhku alandavaid ravimeid (papaveriin), rahusteid (kaaliumbromiid, luminaal), köharavimeid (kodeiini ja nelja liiki köhatilku) lisaks veel karumustikaekstrakti ja maitseparandaja suhkrusiirup. Köhatilka-dest on ravimisse peale mõrumandlivee lisatud veel lagritsaeliksiiri, ammoniaak-aniisitilku ja rinnaeliksiiri, kusjuures viimane koosneb kahest eelmisest, nimelt ammoniaakaniisitilkadest ja lagritsaeliksiirist. Ammoniaakaniisitilkade ammoniaak sadestab alkaloidid: kodeiini, papaveriini ja efedriini.

Retseptist nr. 10 ei selgu, millise haiguse vastu ravim põhiliselt on mõeldud, sest selles esineb võrdselt köhalahtistavaid ja -vaigistavaid ravimeid kui ka südamealatlust ergutavaid ja rahustavaid, lisaks veel ateroskleroosi- ja astmaravimeid.

Rp. nr. 11 (apteek nr. 27)
Infusi folii Digitalidis
 1,0—200,0
et herbae Thermopsidis 1,0
Antipyrini
Pyramidoni āā 3,0
Kalii jodati 6,0
Ammonii chlorati
Natrii bicarbonici āā 5,0
Elixiri pectoralis 10,0
M.D.S.

Rp. nr. 12 (apteek nr. 92)
Acidi ascorbinici 1,5
Pulv. folii Digitalidis 1,2
Barbamyl 0,5
Coffeini natrio-benzoici 0,6
Phytini 3,0
Papaverini 0,9
Analgiini 4,5
Pulvis radice Rhei 6,0
Massae pil. q. s.
ut. f. pil. nr. XXX

Retseptis nr. 11 on ordineeritud südametoimega ravimeid koos kõharavimite ja analgeetikumidega. Termopsise alkaloidid ravimis annavad naatriumbikarbonaadiga lahustumatu sademe. Püramidoon ja antipüriin on samatoimelised ja asendavad teineteist.

Retsept nr. 12 sisaldab südametoimega ravimeid, rahusteid, analgeetikume, kosutusvahendit, soolte peristaltikat soodustavat ravimit ja kõigile lisaks veel C-vitamiini. Tekib õigustatud küsimus, millise haiguse ravimiseks on ordineeritud pillid õieti mõeldud? C-vitamiin sellises pillimassis laguneb. Retsepti järgi saadakse pillimass, mille üldkaal on umbes 27 g, kusjuures üksik pill kaalub 0,9 g. Selliseid suuri pille on patsientidel ebamugav tarvitada.

Eespool on toodud ainult üksikuid näiteid apteekides esinevatest ebaratsionaalselt ordineeritud retseptidest, mis raskendavad tunduvalt apteegitööd ja tekitavad arusaamatusi apteegitöötajate ja arstide vahel. Selliste retseptide järgi valmistatud ravimid kaotavad palju oma terapeutilisest toimest ja on sageli ebamugavad tarvitada.

Järeldused

1. Võrreldes Moskva ja Usbeki NSV apteekide retseptuuriga on Eesti NSV apteekide retseptuur komplitseeritum. Ekstemporaalses retseptuuris moodustavad komplitseeritud valmistamisviisiga ravimid meil 62,7%.

2. Apteegitöötajad peavad arstidele rohkem tutvustama olemasolevaid ratsionaalseid ravimite valmisvorme. Arstidelt peab nõudma, et nad retseptide väljakirjutamisel rangelt jälgiksid ravimi koostisosade omavahelist keemilist ning farmakoloogilist sobivust ja ei kuhjaks retsepte üle. Ravimi koostisosade omavahelise sobimatuse puhul tuleks ordineerida mitu eri ravimit.

О рецептуре аптек Эстонской ССР

Л. Пант

Резюме

В ряде аптек Эстонской ССР проведено было аналитическое изучение аптечной рецептуры. Так, в конце 1956 года в Тартуском отделении и в начале 1957 года в Таллинском отделении изучена была рецептура всего в 57 аптеках, причем проанализировано было 821720 рецептов.

В результате аналитического изучения выявлено: 1) процентуально часто встречающиеся отдельные лекарственные формы; 2) прописи часто повторяющихся лекарств; 3) осложненность рецептуры.

В общей экстенпоральной рецептуре встречается много одинаковых прописей микстур, стерильных растворов, глазных капель, порошков, пилюль, согласно которым возможно централизованно изготовлять стандартные лекарственные формы.

Осложненных рецептов в аптеках ЭССР встречается 62,7% к экстенпоральной рецептуре, т. е. 45,8% к общей рецептуре. К осложненной рецептуре отнесены прописи лекарств, которые содержат от 8 до 14 ингредиентов, а также затруднительные, нерациональные прописи лекарств.

В заключительной части статьи автор делает следующие выводы:

1) В аптечной рецептуре ЭССР мало готовых лекарственных форм. Причиной этого являются: а) отсутствие в республике галеновой лаборатории для изготовления стандартных лекарственных форм; б) недостаточная разъяснительная работа среди врачей об имеющихся лекарственных формах.

2) По имеющимся данным, в аптеках ЭССР экстенпоральная рецептура более осложненная, чем в аптеках Москвы и ГАПУ Узбекской ССР.

Для лучшего обслуживания населения необходимо: 1) открыть галеновую лабораторию; 2) усилить информацию врачей об имеющихся готовых лекарственных формах; 3) врачам при выписывании рецептов необходимо строго соблюдать рациональность прописываемых лекарств и не перегружать рецептуру, а в случае необходимости целесообразно делать прописи лекарств на нескольких отдельных рецептах.

Andmeid mõnedest ravimpreparaatidest

I. Podolski,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse
ülema asetäitja

Fenoksümetüül-penitsilliin (*Phenoxymethyl-penicillinum*).

Vees halvasti lahustuv valge pude pulber. Bensüülpenitsilliinist erineb suure happekindluse poolest, mis võimaldab seda kasutada *per os*. Preparaat imendub hästi ja kindlustab penitsilliini kõrge kontseptsiooni veres pikemaks ajaks. Ravimi toksilisus on väike, ravim ei tekita kumulatsiooni ja eritub uriiniga kiiresti.

Fenoksümetüül-penitsilliin asendab süstides teataval määral penitsilliini. Raskematel juhtudel süstitakse esmalt ühekordselt bensüülpenitsilliini ja siis minnakse üle fenoksümetüül-penitsilliini sissevõtmisele. Mõnedel juhtudel piisab ainult viimase sissevõtmisest.

Preparaat lastakse välja tablettidena à 100 000 ja 200 000 TÜ penitsilliini ja võetakse sisse neli korda päevas üks tund enne söömist. Täiskasvanuile on keskmine ühekordne annus 200 000 TÜ, laste annused on vähemad — kergematel haigusjuhtudel $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ täiskasvanu annusest, raskematel juhtudel aga täiskasvanutega võrdne annus.

Mõnel juhul võib fenoksümetüül-penitsilliin tekitada kõrvalnähte — suuõõne limaskesta ärritusi (stomatiiti, farüngiiti) või seedetrakti ärritusi (kõhulahtisust, harvemini oksendamist).

Preparaati tuleb säilitada mitte üle +20° C temperatuuri juures.

Ronidaas.

Helekollase värvusega peen pulber, mida saadakse suurte sarvloomade munanditest. Ronidaas on hüaluronidaasi sisaldav fermentpreparaat. Hüaluronidaasi mõjustamise objektiks on organismi hüaluroonhape. Hüaluroonhape on kõrge viskoossusega ja selle bioloogiline tähtsus seisneb omaduses «tsementeerida» ehk kokku kleepida organismi sidekoelisi süsteeme.

Hüaluronidaas soodustab hüaluroonhappe lõhustumist.

Ronidaasi kasutatakse välispidiselt armistunud koe hävitamiseks armide, kont-raktuuri-de, pikaajaliste mitteparanevate haavandite, krooniliste tendovaginiitide puhul ja mõnede naha plastiliste operatsioonide ettevalmistamisel.

Ronidaasi pulbrit puistatakse steriilse naatriumkloriidi isotoonilise lahusega immutatud steriilsele marlisalfetile (4—5 kihilisele) ja asetatakse siis vigastatud kohale, kaetakse kompresspaberiga ja fikseeritakse pehme sidemega.

Ronidaasi hulk oleneb vigastatud pinna suuruselt, kusjuures seda kasutatakse korraga 0,5 g ja rohkem. Mähist võib hoida peal 16—18 tundi. Mähise kuivamisel niisutatakse seda uuesti, lisades sama annuse ronidaasi. Preparaati manustatakse 15—60 päeva vältel. Pikaajalise ravimise puhul peetakse pärast kahenädalast ravi 3—4 päeva vahet.

Haiged taluvad preparaati hästi ja ainult harvadel juhtudel võivad tekkida nahaärritused, mis mööduvad kiiresti ravi katkestamisel lühikeseks ajaks. Ronidaasi tarvitamine on vastunäidustatud pahaloomuliste kasvajate, tuberkuloosi ja teiste nakkushaiguste puhul.

Ravim lastakse välja hermeetiliselt suletud pudelites mahuga à 5 g. Säilitatakse toatemperatuuris valguse eest kaitstud kohas. Tarvitamiskõlblikkus on 1 aasta.

Urosiin (*Urozinum*).

Urodaani asendavad tabletid, mis sisaldavad selle preparaadi põhitoeaineid (iga tablett sisaldab 0,22 g piperasiinfosfaati, 0,1 g liitumbensoaati ja 0,25 g uro-tropiini). Üks tablett urosiini vastab teelusikatäiele urodaanile.

Tarvitamise näidustused on samad, mis urodaanilgi, s. o. podagra, neeru- ja põiekivid, krooniline polüartriit.

Võetakse sisse 1—2 tabletti 3—4 korda päevas enne söömist. Tablette soovita-takse enne tarvitamist purustada ja juua peale pool klaasi vett.

Heksamidiin (*Hexamidinium*), sünonüümid: *Mysoline*, *Primidonum*.

4,6-diokso — 5 etüül — 5-fenüül-tetrahüdroadüüridiini.

Valge kristalne aine, mis vees lahustub halvasti, paremini aga alkoholis. Eet-ris ei lahustu.

Keemilise struktuuri poolest on heksamidiin lähedane luminaalile. Preparaadil on krambivastane toime, kuid erinevalt luminaalist, uinutav toime puudub.

Heksamidiini kasutatakse epilepsia ravimiseks peamiselt suurte krambihoo-
gude (*grand mal*) puhul.

Ravimi efektiivsus on vähem kergete abortiivsete hoogude ja psüühiliste ekvi-
valentide puhul.

Heksamidiini võetakse suu kaudu. Täiskasvanuile antakse tavaliselt esimesel ja teisel ravipäeval à 0,125 g (päeval või enne uinumist), kolmandal päeval antakse 0,25 g ja siis suurendatakse ööpäevast annust järk-järgult (iga 3—7 päeva järel) 0,25 g võrra, kuni saavutatakse üldine ööpäevane annus 0,5—1,5 g (à 0,25—0,5 g 2—3 korda päevas). Annust individualiseeritakse vastavalt preparaadi efektiivsu-
sele ja talutavusele. Heksamidiini annuste järkjärguline suurendamine võimaldab leida kõige efektiivsema ja seejuures komplikatsioone mittetektitava ööpäevase annuse.

Heksamidiini ööpäevased annused lastele vanuses 3—6 aastat on 0,25—0,75 g; 7—10 aastat — 0,5—1 g; 11—13 aastat — 0,75—1,25 g ja 14—16 aastat — 0,75—1,5 g.

Kui enne heksamidiinravi sai haige teisi krambivastaseid preparaate, määrata-
takse heksamidiini eespoolmainitud annustes, teiste preparaatide ööpäevast annust aga vähendatakse järk-järgult ja kui heksamidiini ööpäevane annus ulatub 0,5—1 grammini, jäetakse teised preparaadid täielikult ära. Heksamidiinravi on pikaaja-
line (mitte lühem kui 6 kuud). Preparaadi ärajätmine toimub samuti järk-järgult.

Heksamidiini võib määrata koos teiste krambivastaste preparaatidega (parem difeniiniga, vähem soovitatav koos luminaali ja bromiididega, mis võivad tekitada unisust).

Heksamidiin ei ole kuigi toksiline. Ravi esimestel päevadel võib esineda kerge unisus, peapööritus, peavalu, liiveldus, võib tekkida aneemia, leukopeenia ja suhte-
line lümfotsütoos. Need nähud mööduvad aga tavaliselt iseeneslikult.

Vajaduse puhul vähendatakse järk-järgult annust või ei kasutata preparaati mõne päeva jooksul üldse. Selle järel määratakse seda aga väiksemates annustes. Aneemia arenemisel on soovitatav määrata üheaegselt heksamidiiniga foolhapet (10—20 mg päevas) ja B₁₂-vitamiini.

Heksamidiin on vastunäidustatud maksa-, neerude ja vereloomeelundite hai-
guste korral.

Toodetakse pulbrina ja tablettidena à 0,25 g.

Ravim kuulub B-nimekirja, säilitatakse valguse eest kaitstult ja hästisuletud purkides.

Trimetiin (*Trimetinum*), sünonüümid: *Ptimal*, *Tridione*, *Trimedol*, *Trimetha-
dionum*, *Troxidone*.

3,5—5-trimetüül-oksasolidiin—2,4-dioon.

Nõrga kampri lõhnaga, valge kristalne pulber, mis lahustub vees, alkoholis, eetris ja bensoolis.

Tarvitatakse epilepsia väikeste hoogude (*petit mal*) ravimiseks, on tõhusam laste juures. Kasutatakse ka psüühiliste ja veresoonte vegetatiivsete ekvivalentide puhul. Epilepsia suurte hoogude puhul ei määrata.

Trimetiini võetakse sisse söömise ajal. Optimaalne annus määratakse kindlaks raviprotsessi kestel. Tavaliselt määratakse täiskasvanuile à 0,2—0,3 g kaks kuni kolm korda päevas, lastele à 0,1—0,15 kuni 0,2 g kaks kuni kolm korda päevas.

Pikaajalise kasutamise ja preparaadi suhtes suurenenud tundlikkuse puhul võib täheldada valgusekartust, nahalööbeid, verepildi muutusi (neutropeeniat, agranulotsütoosi, aneemiat, eosinofiiliat, monotsütoosi). Ravi peab toimuma arsti kont-
rolli all. Ravi ajal analüüsitakse verd mitte harvemini kui üks kord kümne päeva jooksul.

Trimetiin on vastunäidustatud häirete puhul maksa ja neerude talitluses, samuti vereloomeelundite ja silmanärvi haiguste korral.

Ravim lastakse välja pulbrina.

Säilitatakse ettevaatusega (B-nimekiri), klaasanumates ja kuivas kohas.

Eesti NSV tervishoiuvõrgu arendamise põhisuundadest

A. Muller,

ENSV Tervishoiu Ministeeriumi Plaani- ja Rahandusosakonna vanem ökonomist

Vastavalt NSV Liidu Ministrite Nõukogu ja NLKP Keskkomitee juhendile toimub praegu Nõukogude Liidu rahvamajanduse arendamise perspektiivplaani projekti arutamine eelolevateks aastateks. Perspektiivplaani ühe osa moodustavad tervishoiualased küsimused. Planeeritav periood hõlmab ajavahemiku 1959.—1965. aastani, mis tuleb plaani projektides kajastada konkreetsete abinõude ning arvudega tervishoiu edasiseks arendamiseks. Viimastel aastatel toimunud muudatused NSV Liidu rahvamajanduse juhtimises ning planeerimises annavad suuremaid õigusi liiduvabariikide juhtivatele organitele, mispärast tuleb ülesandesse suhtuda suurema vastutustundega mitte ainult Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumil, vaid ka kõigil kohalikel tervishoiuala juhtivatel organitel.

Elanikkonna täielikuks rahuldamiseks meditsiinialase abiga on esmajoones vaja tugevdada ambulatoorse abi võrku sel määral, et häireteta vastuvõtt toimuks kõigil erialadel. Täielikult tuleb kindlustada kõigi laste ja rasedate profülaktikaalane teenindamine. Tuleb luua tingimused kõigi elanike massiliseks läbivaatuseks tuberkuloosi ja pahaloomuliste kasvajaate varajaste vormide avastamiseks. Täieliku polikliinilise teenindamise tagamiseks tuleks 1965. a. lõpuks luua linnades nii palju arstijaoskondi, et elanike arv ühes jaoskonnas ei ületaks 4000 inimest. Sellise arstijaoskonna teenindamiseks oleks ette nähtud 6,5 arsti kohta, kusjuures iga jaoskonna terapeuti, pediaatrit ja akušöör-günekoloogi abistaks kaks meditsiiniõde. Pediaatrilise abi organiseerimisel tuleks lähtuda seisukohast, et ühe pediaatri teenindada ei oieks rohkem kui 900—1000 last. Arstiabi tagamiseks naistele tuleks naistenõuandlate günekoloogiajaoskondade suuruse kindlaksmääramisel võtta aluseks polikliiniku territoriaalsete arstijaoskondade arv. Ühe günekoloogilise jaoskonna moodustaksid kaks territoriaalset jaoskonda (elanike arvuga mitte rohkem kui 8000 inimest).

Statsionaarse abi planeerimisel tuleb esmajoones lähtuda seisukohast, et eelolevatel aastatel ei ehitata enam nn. kääbushaiglaid. Linnades tuleks lugeda haigla minimaalseks voodite arvuks 200 (välja arvatud linnad, kus elanike arv on alla kahekümne tuhande), rajoonihaiglate optimaalseks voodite arvuks tuleks lugeda 75—100 ja jaoskonnahaiglatel 25 voodit.

Üleliiduliseks normatiiviks elanikkonna statsionaarse teenindamise alal loetakse 1965. a. 8,5 haiglavoodit 1000 elaniku kohta (sellest 1,5 voodit kroonilistele haigetele, 1,2 voodit sünnitajale, 1 voodi günekoloogilistele haigetele ja 1,2 voodit laste somaatiliste haiguste ravimiseks). 1975. aastaks see normatiiv suureneb, ja nimelt 10,9 voodit 1000 elaniku kohta.

Senisest suuremat tähelepanu on vaja osutada psühhoneuroloogiliste ja tuberkuloosihaigete hospitaliseerimisele. Et tagada tuberkuloosihaigete viibimine statsionaaris keskmiselt 4—6 kuud, on vaja planeerida rohkem tuberkuloosivoodideid.

Statsionaarse abi planeerimisel ei piisa üksnes üleliidulise normatiivi teadmisest haiglavoodite vajaduse kohta 1000-le elanikule. Selle normatiivi tuletamise algelementideks on andmed elanikkonna haigestumuse kohta, hospitaliseerimise protsent, ühe haige keskmine voodisviibimise aeg, keskmine voodipäevade arv ühele voodile ja sellest tulenevalt voodikäive. Loetletud näitajate üleliidulised andmed on järgmised: üldhaiges-

Keskharidusega meditsiinitöötajate arvu tõstmiseks vajalikule tasemele võetakse kogu NSV Liidus vastu igal aastal meditsiinilistesse keskoõppeasutustesse 75 000—85 000 õpilast.

Uute asustatud punktide ja haiglate loomine nõuab ka apteegivõrgu laiendamist. 1957. a. oli NSV Liidu linnades keskmiselt 1 apteek iga 15 000 elaniku kohta, maal iga 16 000 elaniku kohta. 1965. aastaks seatakse eesmärk avada linnades keskmiselt 1 apteek iga 12 500 ja maal iga 14 000 elaniku kohta. Eesti NSV-s on apteegivõrgu tihedus üleliiduliste andmetega võrreldes parim. Juba 1957. a. oli meil 1 apteek iga 6000 elaniku kohta.

Eespooltooduga esitasime ülevaate NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt väljatöötatud olulisematest soovitustest tervishoiuvõrgu perspektiivseks planeerimiseks.

Asudes konkreetsemalt Eesti tervishoiuvõrgu arendamise mõnede iseärasuste juurde, peatume lühidalt senisaavutatul. 1957. a. lõpuks oli Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi võrgus kokku 10 395 haiglavoodit, 4010 kohta alatistes lastesõimedes, 2260 voodit aastaringsetes sanatooriumides, 2147 arsti ja hambaarsti, 7019 keskharidusega meditsiinitöötajat. Peale ülalmärgitu teenindas Eesti NSV elanikkonda veel umbes 1400 teiste ministeeriumide süsteemi kuuluvat haiglavoodit. Aasta-aastalt suureneb kohaliku päritoluga arstide ja keskharidusega meditsiinipersonali arv, järelkult muutub vähemaks meditsiinalase kaadri liikuvus.

1957. a. andmetel oli meil 1000 elaniku kohta üldhaigestumus keskmiselt 944,2. 1957. a. hospitaliseeriti keskmiselt 18,84% haigetest (maal 29,8%). Hospitaliseerimise protsent elanikkonna suhtes 1957. a. oli 17,8 (linnas 19,4, maal 15,9). Linnahaiglais hospitaliseeriti maaelanikke 30,7% ravil viibinud haigetest. 1957. a. jäi veel osa haigeid statsionaarsele ravile paigutamata kohtade puudumise tõttu. Aasta-aastalt on see näitaja vähenenud.

Haiglavoodi kasutamine 1957. a. oli keskmiselt 348 päeva (linnas 338,1, maal 299 ja psühhoneuroloogiahaiglais 457,9 päeva). Keskmise voodisviibimise aeg linnas oli 14,3, maal 12,8 päeva.

1957. a. lõpuks oli Eestis (ENSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis) 1000 elaniku kohta 8,9 haiglavoodit ja 1,95 voodit sanatooriumides. Ühe arsti kohta tuli 545 inimest. (10 000 elaniku kohta 18,3 arsti).

Nagu näeme, on Eesti NSV näitajad paremad vastavatest NSV Liidu keskmistest näitajatest. Arstidega oleme paremini kindlustatud kui mistahes kapitalistlik riik maailmas (näiteks USA-s tuleb ühe arsti kohta 763 elanikku, Austrias 645, Saksa Föderatiivses Vabariigis 750). Tehtud järeldus lubab oletada, et senised puudused tervishoiuvõrgu töös ei ole tingitud niivõrd selle nõrgast baasist kui võrd ebaõigest haiglavoodite ja kaadri paigutamisest ning tihti ka olemasolevate võimaluste halvast kasutamisest.

1965. aastaks planeeritud tervishoiuvõrgu juurdekasv võimaldab veelgi parandada elanikkonna meditsiinalase abi näitajaid. Nii näiteks oleks 1965. a. Eestis iga 1000 elaniku kohta keskmiselt 10,7 haiglavoodit, iga arsti kohta on ette nähtud 425 elanikku (10 000 elaniku kohta 23,5 arsti), hospitaliseerimise keskmine protsent elanike arvu suhtes oleks 1965. a. 23,9, haigete arvu suhtes aga 28,3.

Põhiline osa haiglavoodite juurdekasvust eeloleval perioodil langeb uusehitustele. Järelkult on juba praegu oluline õigesti planeerida uute haiglate asukoht ja võimsus. 1965. aastal ei tohi olla juhuseid, et haige jääb hospitaliseerimata kohtade puudumise tõttu.

Eesti NSV tingimustes, kus on tihe ühendusteede võrk ja linnad asuvad võrdlemisi lähestikku, tuleb edaspidi veelgi suuremal määral orienteeruda statsionaarse abi organiseerimisele linnades. Peale vabariiklike haiglate Tartus ja Tallinnas tuleb igati arendada rajoonidevahelisi haiglaid, mis võiksid asuda Rakveres, Paines, Haapsalus, Kingisepas,

Pärnus, Viljandis, Valgas, Võrus. Neis haiglates on võimalik vajalike uute ehituste arvel organiseerida mitmeti spetsialiseeritud ja kvalifitseeritud meditsiinalast abi. Rajoonidevaheliste haiglate teenindamispiirkonnas oleks lihtsamate haigusjuhtude hospitaliseerimiseks mitu rajoonihaiglat ja üksikud jaoskonnahaiglad.

Eelkooliealiste laste asutuste tüüpidest tuleks lugeda paremaks lastepäevakodusid. Sellises asutuses oleks laps samade kasvatajate valve all kuni kooliealiseks saamiseni. Ka lastevanematele oleks selline asutus vastuvõetavam, eriti mitme erineva vanusega lapse puhul. Väiksemates asulates või maal oleks selline asutus pealegi ökonoomsem kui kaks eri asutust — lastesõim ja lasteaed.

Oleks hea, kui käesolevas artiklis esitatud seisukohad ja normatiivid leiaksid meie tervishoiuvõrku juhtivais ringkondades asjalikku tähelepanu ning arutelu, kusjuures tulemustest ja uutest mõtetest informeeritaks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi.

Об основных принципах развития здравоохранения в Эстонской ССР

А. Муллер

Резюме

В настоящее время проводится обсуждение проекта перспективного плана развития народного хозяйства СССР на 1959—1965 годы, одним из разделов которого является план развития здравоохранения.

Для полного удовлетворения потребностей в медицинском обслуживании населения Эстонской ССР необходимо в первую очередь усилить амбулаторно-поликлиническую помощь и обеспечить прием больных по всем специальностям. Необходимо полностью обеспечить профилактическое обслуживание всех детей и беременных, создать соответствующие условия для массового медицинского обследования всего населения в целях раннего выявления туберкулеза и злокачественных опухолей. До конца 1965 г. следует в городах создать столько врачебных участков, чтобы каждый из них мог обслуживать до 4000 человек. Для такого участка предусматривается 6,5 врачебной единицы; при каждом участковом терапевте, педиатре и акушер-гинекологе работают по две медицинской сестры. Педиатрическое обслуживание должно быть организовано, исходя из нормативов, — один педиатр на 900—1000 детей. Количество обслуживаемых одним гинекологом не должно на территории участка превышать 8000 человек.

При планировании стационарной помощи необходимо учитывать нерациональность строительства малоемких больниц. В городах с количеством населения более 20 тысяч человек каждая больница должна иметь не менее 200 коек. Каждая районная больница должна иметь 75—100 и участковая 25 коек.

Должное внимание необходимо уделять физическому развитию и здоровью подрастающего поколения. Для этого надо значительно расширить сеть детских учреждений. В соответствии с нормативами следует создать одни детские ясли на 100 работающих женщин, т. е. 24 места на 100 детей до 3-летнего возраста (в сельской местности 7,7 места).

При расширении сети санаториев необходимо уделять внимание на специализирование их, удлинение срока санаторного лечения и благоустройство санаториев и курортных городов. Всесоюзным нормативом на конец 1965 года предусмотрено 1,55 санаторной койки на 1000 человек населения.

В 1956 г. было в среднем по СССР 23,8 врачебной должности на 10 000 душ населения. На конец 1965 года имеется в виду увеличить количество врачебных должностей до 25 единиц на каждые 10 000 душ населения.

При планировании должностей средних медицинских работников необходимо иметь в виду, что нормативом в городских амбулаториях предусмотрено на конец 1965 г. 32,8 должности и на селе 29 должностей на 10 000 душ населения.

На конец 1965 г. по Эстонской ССР на 1000 душ населения предусматривается 10,7 больничной койки; на каждого врача — 425 человек (на 10 000 душ населения — 23,5 врача в системе Министерства здравоохранения), средний процент госпитализирования 23,9 и 28,3 из заболевших. Предусмотрено увеличение числа больничных коек за счет новых больниц, причем, необходимо ориентироваться на организацию специализированной стационарной помощи в крупных центрах: Раквере, Пайде, Хаапсалу, Кингиссепе, Пярну, Вильянди, Валга, Выру.

Velskri-ämmaemandapunktide töö parandamisest

A. Sarap,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktikaalase Abi Valitsuse ülem

Tervishoiuorganite ülesandeks on pidevalt parandada maa ravi- ja profülaktikaasutuste tööd ning kaitsta kolhoosnikute ja põllumajanduse mehhanisaatorite tervist.

Tähtis osa sellest langeb velskri-ämmaemandapunktide töötajatele. Seda kinnitavad järgmised andmed: ainult 1957. a. jooksul on Eestis nende poolt ambulatoorselt teenindatud 341 000 ja kodus ligikaudu 100 000 maaelanikku. Peale selle on nad teinud tõhusat profülaktikaalast tööd.

Viimase kahe aasta jooksul on meie vabariigis avatud 43 velskri-ämmaemandapunkti. 1958. a. 1. jaanuari seisuga oli neid punkte 197, s. o. peaaegu poole võrra rohkem, kui jaoskonnahaiglaid. Käesoleval ajal on velskri-ämmaemandapunkt peaaegu iga MTJ, sovhoosi, põllumajanduskooli ja metsavarumispunkti juures. Sellega on meil arstiabi põllumajanduse mehhanisaatoritele maksimaalselt lähendatud. Paljude velskri-ämmaemandapunktide töö on organiseeritud eeskujulikult. Hästi ja plaanipäraselt on oma töö organiseerinud Rakvere rajooni Viru-Jaagupi velskri-ämmaemandapunkt (juhataja velsker K. Pent), Elva rajooni Nõo velskri-ämmaemandapunkt (juhataja velsker E. Kobin), Rapla rajooni Kehtna Põllumajandustehnikumi velskripunkt (juhataja velsker Kirss), Harju rajooni Saue velskri-ämmaemandapunkt (juhataja velsker A. Saar). Nõo velskri-ämmaemandapunkti töö mahust ja mitmekesisusest kõnelevad järgmised arvud: 1957. a. teenindati ambulatoorselt 5151 inimest, kodukutseid oli 2852. Dispanseersel arvel on 59 inimest, nende hulgas hüpertooniahaigeid — 20, türeotoksikoosi- ja struumahaigeid — 11, kaksteistsõrmiksoole- ja maohaavandahaigeid — 8, onkoloogilisi haigeid — 7 ja muid haigeid — 13. Kõiki 28 arvel olevat rasedat on röntgenoloogiliselt uuritud ja kindlaks määratud WaR rajooni keskusel Elvas. Iga kahe kuu järel mõõdetakse neil vererõhku ja tehakse vere- ja uriini-analüüsid. Ootamata rasedate ja laste ilmumist velskri-ämmaemandapunkti, külastavad punkti töötajad neid ise kodus. 1957. a. külastasid nad lapsi kodus 605 korda ja rasedaid 98 korda. Kõigile lastele on tehtud profülaktilisi kaitseüstimisi, velsker ja ämmaemand on pidanud 28 loengut ja 68 vestlust.

Velskri-ämmaemandapunktide tööga tutvumine kohapeal ja nende 1957. a. töö analüüsimine näitab, et esineb ka veel palju puudusi, eriti sanitaar- ja epidemioloogia- ning ravi- ja profülaktikaalases töös, vaatamata sellele, et punkti töötajate koormus ei ole eriti suur. 1956. a. oli velskri-ämmaemandapunkti ühe keskharidusega meditsiinitöötaja koormus ambulatoorsel vastuvõtul 3,6 ja koduse abi alal 0,9 külastust. 1957. a. olid need arvud ambulatoorsel vastuvõtul 3,6 ja koduse abi alal 1 külastus.

Velskri-ämmaemandapunktide töö puudused sõltuvad reast põhjustest. Kõigepealt nõrgast juhtimisest jaoskonnaarstide poolt, kelle territooriumil punktid asuvad. Näiteks 1957. aasta jooksul ei külastanud arstid kordagi 29 velskri-ämmaemandapunkti. Eriti nõrk on velskri-ämmaemandapunktide töö juhtimine Jõhvi, Valga, Viljandi, Kose, Paide jt.

rajoonides. Vähest abi osutavad ka rajoonihaiglad velskrite ja ämmaemandate kvalifikatsiooni tõstmisel. Mõned velskrid, kes töötavad juba 5—10 aastat, ei ole kordagi käinud kvalifikatsioonitõstmise kursustel ja seminaridel. Paljudel velskri-ämmaemandapunktidel ei ole ka tööplaan.

Ligikaudu 65 protsenti velskri-ämmaemandapunktidest on komplekteeritud kahe füüsilise isikuga: velskri ja sanitariga. Pahatihti ei tunne töötajad velskri-ämmaemandapunkti ülesandeid ja kohustusi nagu need on fikseeritud põhimääruses.

Külanõukogud ei kontrolli velskri-ämmaemandapunktide tööd. Näiteks 1957. a. ei esinenud umbes 30% velskri-ämmaemandapunktide juhatajatest külanõukogudes ühtegi korda aruandega tervishoiuküsimuste kohta.

Ka varustatus meditsiinialaste aparaatidega ja instrumentidega ning kõva inventariga on nõrk. Rõhuv enamus velskri-ämmaemandapunktidest ei oma NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 1957. aasta 2. aprilli käskkirjas nr. 301 ettenähtud varustust.

Paljudes velskri-ämmaemandapunktides on töötingimused ebarahuldavad. Umbes 30 protsenti punktidest ei oma telefoni, 60 protsendil ei ole oma transporti, umbes 30 protsendil punktidest on tööruumiks ainult üks tuba.

Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 1949. a. 21. novembri käskkirjale nr. 870 on velskri ämmaemandapunkt iseseisev nomenklatuurne tervishoiuasutus ja sel on oma eelarve. Operatiivselt allub see asutusele, mille eelarvel ta on, meditsiini- ja sanitaaralase töö poolest aga jaoskonnahaiglale või rajoonihaiglale, kui punkt asub rajoonihaigla juurde kinnistatud piirkonnas.

Velskrit juhendab jaoskonnahaigla juhataja. Viimane on kohustatud teda peamiste meditsiini- ja sanitaaralaste küsimuste lahendamisel õigesti suunama ning kontrollima tema tööd ja hoolitsema velskri ning ämmaemanda kvalifikatsiooni tõstmise eest. Selleks on soovitatav kutsuda velsker ja ämmaemand kord kuus jaoskonnahaiglasse, kus jaoskonnarst võtab koos nendega vastu ambulatoorseid haigeid, teeb visiidi palatites ning organiseerib keskharidusega meditsiinitöötajatele konverentsi või seminari, kus viimased ise esinevad referaatidega. Arst tutvustab neid uute töövormide ja ravimeetoditega. Vastavalt velskri-ämmaemandapunktide arvule, sõidab jaoskonnarst 2—3 korda kuus velskri-ämmaemandapunkti, kus ta koos velskriga võtab vastu haigeid, vaatab läbi ja ravib dispanseerseid haigeid ning annab ämmaemandale ja velskrile näpunäiteid kuni järgmise külastamiseni.

Velskri-ämmaemandapunkti ülesanded tulenevad nõukogude tervishoiu põhiprintsiipidest, mis seisnevad kõigile kättesaadava tasuta ja kvalifitseeritud arstiabi andmises elanikkonnale, samuti laialdaste ravi- ja profülaktika- kui ka sanitaaralaste ja tervistavate abinõude rakendamises elanikkonna hulgas. Kõigi ravialaste ja tervistavate menetluste edukuse huvides peavad velskri-ämmaemandapunkti töötajad hästi tundma mitte ainult teenindatavat territooriumi, asulaid ning tööstus- ja kaubandusettevõtteid, koole, lastesõimi ja -aedu, vaid ka elanikkonna töö- ja elutingimusi. Jaoskonnahaigla juhtimisel ja ühtse plaani alusel rakendab velskri-ämmaemandapunkt ravi- ja profülaktikaalaseid menetlusi nende punktide põhimääruses ja velskri ning ämmaemanda õigustes ja kohustustes ettenähtud ulatuses. Velskri-ämmaemandapunkti töötajad võtavad ambulatoorselt vastu haigeid ja külastavad neid kodus, annavad sünnitusabi, teenindavad rasedaid, lapsi ja üksikuid elanikkonna rühmi patroneerimise korras; nad teostavad asulate territooriumi, õuede, elumajade, veeallikate, kommunaalobjektide ja ühiskondlike ettevõtete jooksvat sanitaaralast kontrolli; organiseerivad ja rakendavad epidee-

miatõrjealaseid üritusi ning teevad sanitaarharidustööd elanikkonna hulgas; võtavad aktiivselt osa dispanseerimisest, viivad läbi jaoskonnaarsti korraldusel ja tema juhtimisel plaanipäraseid tervistavaid üritusi dispanseersel arvel olevate haigete hulgas; toimetavad elanikkonna profülaktilisi järelevaatusi tuberkuloosi, trahhoomi, günekoloogiliste jt. haiguste varajaseks avastamiseks. On soovitatav, et igal velskri-ämmaemandapunktil oleks sanitaarpass. Passis on jaoskonna kaart, kus on märgitud kõik tähtsamad objektid, peale selle märgitakse sellesse iga aasta kohta elanike arv, suremuse üldine arv, laste suremus ja surmapõhjused, kui palju esines nakkushaigusi, tuberkuloosi ja vähihaigete arv, ajutise töövõimekaotusega haigestumised, kui palju on ette valmistatud sanitaaraktiivi, sanitaarpostide arv ja asukoht, peetud loengute ning vestluste arv jne. Selline sanitaarpass võimaldab jälgida teenindatava territooriumi sanitaarseisundi dünaamikat.

Velskri-ämmaemandapunkti töös omab suurt tähtsust õigesti koostatud tööplaani ja selle täitmine. Plaan peab olema igal punktil rangelt individuaalne. See koostatakse lähtudes kohalikest oludest ja iseärasustest, epideemiaalasest seisundist, elanikkonna haigestumuse tasemest jne.

Tööplaani peab olema konkreetne. See peab haarama punkti tegevust igakülgsest ja lähtuma punkti töötajate ees seisvatest põhiülesannetest. Soovitame plaani võtta järgmised alad:

1. Organisatsioonilised abinõud (uute organisatsiooniliste vormide ja töömeetodite juurutamine praktikasse ning mõnede diagnoosimis- ja ravimeetodite omandamine. Küsimused, mida soovitatakse arutada külanõukogus, MTJ-s, sovhoosis ja kolhoosi juhatuses).

2. Üritused elanikkonna isetegevuse organiseerimiseks (valimised, ühiskondliku sanitaaraktiivi ettevalmistamine ja juhtimine ning nende kaasatõmbamine tervishoiutööle).

3. Abinõud kiireiseloormuliste põllutööde puhul.

4. Sanitaar- ja epideemiatõrjealase teenindamisega seotud üritused (objektide jooksev sanitaaralane järelevalve, kaitseüstimised).

5. Kutsealase kvalifikatsiooni ja ideelis-poliitilise taseme tõstmine.

6. Sanitaarharidustöö.

Eriline koht velskri-ämmaemandapunkti töös on kiirel ja vältimatul arstiabil. Selleks peavad punktis alati valmis olema vastavad instrumendid, ravimid, sidumisvahendid jne. Kolhoosides, sovhoosides, masina-traktori jaamades ja teistel objektidel peavad olema hästi ettevalmistatud sanitaarpostid. Neile tuleb asutuste arvel muretseda esmaabi apteegid. Sanitaarpostide töö juhtimine ja ravimite tarvitamise kontrollimine lasub velskri-ämmaemandapunkti töötajatel. Esmaabi andmiseks traumade puhul peavad velskri-ämmaemandapunktis olema lahased, instrumendid, steriilne sidumismaterjal, kangestuskramptõvevastane seerum jne.

Об улучшении работы фельдшерско-акушерских пунктов

А. Сарап

Резюме

Большая роль в лечебно-профилактическом обслуживании сельского населения ЭССР принадлежит работникам фельдшерско-акушерских пунктов. Только в течение 1957 г. ими амбулаторно обслужено более 341 тыс. и на дому около 100 тыс. сельского населения. В настоящее время при большинстве колхозов, совхозов, лесопунктов и сельскохозяйственных школ открыты фельдшерско-акушерские пункты. Средняя нагрузка на одного работника среднего медперсонала фельдшерско-акушерского пункта в 1956 году равнялась по амбулаторному приему — 3,6 и по помощи на дому — 0,9 посещения, в 1957 г. по амбулаторному приему — 3,6 и по помощи на дому — 1,0 посещения.

Несмотря на небольшую нагрузку, в их работе имеется много существенных недостатков, которые в основном зависят от следующих причин:

1. Слабое руководство со стороны участковых врачей.
2. Неумение планировать и организовать свою работу.
3. Мало уделяется внимания повышению квалификации фельдшеров и акушеров со стороны районных больниц.
4. Почти 65% фельдшерско-акушерских пунктов укомплектованы только двумя работниками: фельдшером и санитаркой.
5. Незнание своих задач и обязанностей в соответствии с положением о фельдшерско-акушерском пункте.
6. Слабый контроль за деятельностью фельдшерско-акушерских пунктов со стороны некоторых сельских Советов.
7. Недостаточная оснащенность медицинской аппаратурой, инструментарием и твердым инвентарем.
8. Неудовлетворительные условия работы на многих фельдшерско-акушерских пунктах. Около 30% не имеют телефонов, 60% — своего транспорта, большой процент имеет только по одной комнате.

Pisikukandmisest

H. Pihl

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. J a n n u s)

Pisikukandmiseks nimetatakse tõvestavate pisikute leidumist praktiliselt terve inimese või looma organismis ja nende eritumist väliskeskkonda.

Termini «pisikukandmine» kõrval on meil arstide ning keskkorraldusega meditsiinitöötajate seas tarvitusel ka nimetus «batsillikandmine» (vrd. venek. бациллоносительство). Peame viimast oskussõna aga mõnevõrra kitsaks ja koguni desorienteerivaks, sest «batsill» tähendab mikrobioloogias kepikujulist mikroobi (lad. k. *bacillus* — kepike). Pisikukandmise puhul aga ei ole tegemist ainuüksi kepp-pisikutega, vaid siin võivad esineda ka kokid, protozoidid, viirused jt. mikroorganismid.

Pisikukandmise võimalusele viitas juba tuntud vene epidemioloog D. Samoilovitš (1744—1805). Ta väitis, et katku põdenud inimene võib nakatada veel teisi isikuid. Saksa arstiteadlane F. Loeffler, kes 1884. a. avastas difteeriategitaja, kirjeldas *Corynebacterium diphtheriae* leidumist peale haigete ka täiesti tervetel inimestel. Järgnevalt tõestasid eksperimentaalselt D. Zabolotnoi ja I. Savtšenko kooleravibriooni kandmise võimalikkuse.

Samuti täheldasid paljud arstiteadlased K. Eberth'i (1880. a.) ja Gaffky' (1884) poolt avastatud ja uuritud *S. typhi* (*Salmonella typhi*) kandmist kõhutüüfust põdenute seas.

Tõvestavad pisikud paiknevad pisikukandjatel harilikult samades elundites, kus nad esinevad haigetel, samuti ühtuvad ka nende eritumisteed. Pisikukandmise diagnoosimisel ei suuda kliinilised tähelepanekud meid kuigi palju aidata, sest nagu nähtub juba pisikukandmise mõiste määratlemisest, on siin tegemist praktiliselt tervete inimestega. Õigustatult viidatakse aga sellele [I. Drobinski (1), I. Rogozin (7) jt.], et mitmesugused organismi üld- või paiksed haigused võivad luua teatud eelsoodumuse pisikukandmisele. Nii näiteks võib pisikukandmine esineda mitmesuguste düstroofiliste seisundite ja hüpovitaminoosi puhul; krooniline koletsüstiit soodustab kõhutüüfuse tekitajate ja teiste salmonellade kandmist, difteeriabatsillid esinevad aga sageli krooniliste tonsilliitide puhul jne. Pisikukandmise ajal näib olevat tegemist organismi omapärase sei-

sundiga, kus ta küll suudab vältida haigestumist antud nakkushaigusesse, kuid ei suuda samal ajal organismis asuvaid tõvestavaid pisikuid likvideerida. Harilikult on organism kantava pisikuliigi suhtes immuunne. I. Rogozin (7) oletab, et pisikukandmine on iseloomulik esmalt nendele haigustele, mille põdemisel ei teki püsivat immuunsust. Haigustel, mille põdemisel areneb eluaegne ohustamatus (rõuged, leetrid jne.), puudub ka pisikukandmine.

Pisikukandmise diagnoosimine toimub esmajoones bakterioloogilisel uurimisel. Keskharidusega meditsiinitöötajatel on vaja alati silmas pidada, et pisikukandmise laboratoorse uurimise tulemused sõltuvad väga sageli uurimismaterjali võtmise ja saatmise tehnikast. Seega on vaja alati rangelt kinni pidada vastavatest eeskirjadest. Kui mõnikord tekib nendes küsimustes kõhklusi, siis tuleb tingimata konsulteerida arstiga. Peale bakterioloogiliste uurimiste rakendatakse laboratooriumis pisikukandmise avastamiseks veel seroloogilist diagnoosi, nagu komplemendi sidumise ja neutraliseerimise reaktsioonid jm. Kõhutüüfuse pisikukandmise avastamisel aga on suure praktilise väärtusega *vi*-aglutinatsiooni rakendamine.

Laboratoorse diagnostika kõrval võivad pisikukandmise avastamisel omada teatud tähtsust ka epidemioloogilised tähelepanekud. Mõne nakkushaigusjuhu tekkimisel, kui on raskusi haigestumise põhjuse avastamisel, tuleb epidemioloogide abidel ja iseseisvalt töötavatel velskritel alati mõelda ka nakatumisvõimalusele pisikukandmise kaudu. Hoolikalt on vaja uurida eriti neid isikuid, kes on varem põdenud sama haigust.

Mis puutub pisikukandjate klassifikatsiooni, siis ei ole arstiteadlased selles küsimuses ühel arvamusel. I. Drobinski (1) pooldab oma pisikukandmist käsitlevas monograafias M. Solovjovi (8) klassifikatsiooni. M. Solovjovi järgi jagunevad pisikukandjad järgmiselt: 1. inkubatsiooniperioodis olevad, 2. haiguse läbi põdenud ja 3. terved pisikukandjad. Kui pisikukandmine kestab peale haiguse põdemist üks kuu, siis on see äge ja kui kuus kuud, siis on see alaäge pisikukandmine. Krooniliseks loeb M. Solovjov pisikukandmist, kui see vältab üle kuue kuu. I. Rogozin (7) jätab oma pisikukandjate grupeerimisel ära pisikukandjad inkubatsiooniperioodis, sest tema arvates on peiteaeg juba üks haiguse staadiume. Sellega on I. Rogozini järgi olemas ainult kahesugune pisikukandmine 1. rekonvalesentside (paranevate, põdenute) ja 2. tervete pisikukandmine. Kuni kolme kuuni kestvat pisikukandmist peab ta ägedaks, kauem vältavat aga krooniliseks. Krooniline pisikukandmine esineb peamiselt põdenutel. L. Gromaševski (4) lisab rekonvalesentsidele ja tervetele pisikukandjatele veel immuunsed pisikukandjad, kelle all ta mõtleb isikuid, kes põdemisel omandasid immuunsuse ja muutusid pisikukandjateks peale uut nakatumist. Arvesse võttes asjaolu, et tervete pisikukandmine on harilikult lühiajaline, nimetatakse seda ka efemeerseks (kreeka k. efemeerne — ühepäevane, üürike, lühike), passantseks (prantsuse k. *passant* — möödamineja, läbireisija) või transitoorseks (lad. k. *transeo* — mööduma) pisikukandmiseks.

Kui tervete pisikukandmine on pikemaajaline, kroonilise iseloomuga, siis nimetavad mõned autorid seda ka paradoksaalseks pisikukandmiseks [M. Solovjov (8) jt.].

Pisikukandjad omavad epidemioloogias suurt tähtsust, sest nad võivad saada uuteks nakkusallikateks. Eriti võib ohtlikuks muutuda pisikukandja, kes töötab toidu- ja veemajanduses, samuti lastekollektiivis.

Pisikukandmise vältimiseks on vaja õigeaegselt avastada ja hospitaliseerida kõik nakkushaiged. Haigete avastamisel tuleb erilist rõhku panna kergete haigusnähtudega haigetele. Nakkushaige kliiniline ravi- mine aga peab taotlema organismi täielikku vabanemist tõvestavatest pisikutest.

Arvestades asjaolu, et meie olukorras on teiste nakkushaiguste kõrval suur osatähtsus sooltenakkustel, peatume lähemalt kõhutüüfuse ja düsenteeria pisikukandmise küsimustel.

Kõhutüüfuse tekitajaks on salmonellade perekonda kuuluv *S. typhi*. G. Zmejevi (5) järgi võivad kõhutüüfuse puhul esineda rekonvalesentsne, krooniline ja efemeerne pisikukandmine. Kõhutüüfuse puhul on paranemisperioodil pisikueritamine seaduspäraseks nähuks. Mida rohkem aega möödub haigusnähtude vaibumisest, seda vähemaks jääb ka pisikueritajate arv. V. Bašenini (2) andmetel jätkab aga veel kolme kuu möödumisel kõhutüüfusest paranemise järel pisikukandmist 5% rekonvalesentidest. *S. typhi* kandmine võib olla väga visa ja vältab teinekord kümneid aastaid. Pisikute eritumine väliskeskkonda toimub kõhutüüfuse puhul harilikult rooja või uriiniga. Kõhutüüfuse pisikukandjad on harilikult vanemad inimesed, sagedamini naised, mis näib sõltuvat sellest, et naised põevad meestest sagedamini kroonilist koletsüstiiti.

Kõhutüüfuse leviku ja pisikukandmise vältimiseks on kehtestatud ranged eeskirjad, mida on vaja tunda ka kõigil keskkorraldusega meditsiinitöötajatel.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 1956. a. 16. juuli instruksioon kõhu- ja paratüüfuse pisikukandjate avastamise ja jälgimise abinõudest lubab kõhutüüfust põdenud haigeid haiglast välja kirjutada alles pärast rooja ja uriini kahekordset ning kaksteistsõrmiksoole sisu ühekordset uurimist negatiivsete tulemustega.

Sellejuures toimub esimene uurimine alles viiendal päeval pärast temperatuuri normaliseerumist. Rekonvalesentsente uuritakse peale haiglast väljakirjutamist 3—4 kuu jooksul vähemalt 3 korda. Nad kustutatakse arvelt alles kahe aasta möödumisel, pärast nende mitmekordset uurimist.

Veel rangemad nõuded on kehtestatud toitlustuse ja veevarustuse alal ning lasteasutustes ja mujal epidemioloogiliselt tähtsatel aladel töötavate isikute suhtes. Pärast haiglast lahkumist ei lasta neid tööle oma erialal ühe kuu jooksul, kusjuures neid uuritakse vähemalt 5 korda. Peale uriini ja rooja uuritakse sel perioodil üks kord ka kaksteistsõrmiksoole sisu. Kui pisikukandmine jätkub kolme kuu möödumisel, siis peavad nimetatud isikud krooniliste pisikukandjatena loobuma oma erialast. Negatiivsete tulemustega laboratoorsete uurimiste järel võivad toidu ja teistel nimetatud aladel töötavad isikud tööle asuda, kuid neid uuritakse pisikukandmise suhtes esimesel aastal üks kord kuus, hiljem aga veel viie aasta jooksul üks kord kvartalis. Kaksteistsõrmiksoole sisu uuritakse neil üks kord aastas.

Kõhutüüfushaige läheduses elavate isikute pisikukandmise avastamiseks on vaja kõiki kontakteid üks kord uurida. Kui kontaktsete anamneesis leidub palavikuga kulgevaid haigusi või sapipõie ja kuseteede põletikke, siis uuritakse nende isikute rooja ja uriini kolm korda, samuti uuritakse nende kaksteistsõrmiksoole sisu.

Kõhutüüfuse kroonilise pisikukandmise korral jälgitakse pidevalt pisikukandja ümbruse epidemioloogilist olukorda. Pisikukandjate teadlikkust aga tõstetakse sanitaarharidustööga.

Plaanipäraselt uuritakse kõhutüüfuse pisikute kandmist üks kord aastas (kaks analüüsi) kõikidel toitlustuse ja veevarustuse aladel ning lasteasutustes töötajatel, kusjuures neilt nõutakse ka jaoskonnaarsti tõendit aasta jooksul põetud haiguste kohta.

Viimastel aastatel on hakatud *S. typhi* kõrval suuremat tähelepanu pöörama ka teistele salmonelladele. On tõestatud, et salmonelloosi haigestumine ei toimu ainuüksi toidu kaudu toksikoinfektsiooni mehhanismi teel, vaid ka kontaktelt. Samuti on sedastatud salmonella mitmete tüüpide, nagu näiteks *S. breslau* jt., pikaajalist, isegi aastaid vältavat pisikukandmist. Salmonellooside puhul esineb ka terveid pisikukandjaid. Salmonellade kandmine võib ohtlikuks kujuneda eriti toitlustuse alal töötajate hulgas ja väikelaste kollektiivides. 1957. a. lõpul suunati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi poolt kõikidele sanitaar-epidemioloogia jaamadele ja haiglate vastavatele osakondadele instruktiivne kiri, mis nõuab salmonellooside uurimist kõikidelt meie bakterioloogialaboratooriumidelt. Salmonellooside uurimisel abistab vajaduse puhul konsultatiivselt ja metoodiliselt Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.

Omaette peatükiks on düsenteeriapisikute kandmine. Nagu teada, on düsenteeria polüetioloogiline nakkushaigus. Praegusel ajal on hakanud

meil düsenteeria tekitajana prevaleerima *B. dysenteriae* Sonne. Viimane võib anda küll kergema kliinilise haiguspildi, kuid on väliskeskkonnas tunduvalt vastupidavam kui teised düsenteeriategitajad.

Düsenteeria puhul erituvad pisikud väliskeskkonda peamiselt haiguse ägedas staadiumis või kroonilise haigusprotsessi ägenemisel. Krooniliste düsenteeriahaigete hulka kuuluvad need, kelle soolestik pärast ägedat haigusprotsessi anatoomilis-füsioloogiliselt täiesti ei tervistu ja organism ei vabane haiguse tekitajaist. Sellised haiged võivad olla kaua aega pisikukandjateks. Pisikukandmine võib kesta isegi aastaid (keskmiselt 1—3 aastat) [E. Novgorodskaja (6)]. Düsenteeriapisikukandmine tervetel on probleemiline. Kuigi näiteks J. Birkovski (3) väidab, et 1954. a. avastati Ukrainas kümne kuu jooksul 22 322 tervet pisikukandjat, näitab praktika, et sellistel «tervetel» pisikukandjatel on enamasti anamneesis siiski mingid seedehäired, mis oma mööduva ja kerge iseloomu tõttu jäävad meditsiinitöötajate poolt harilikult avastamata. E. Novgorodskaja (6) arvates esineb düsenteeriamikroobe tervetel isikutel äärmiselt harva, ja kui neid esinebki, siis peamiselt haigetega kontaktsete hulgas lühiajalise pisikukandmisena.

Düsenteeria vastu võitlemine toimub meil praegu peasjalikult NSV Liidu tervishoiu ministri 1954. a. 6. detsembri käskkirja nr. 237-m ja veel mõnede eriinstruktsioonide alusel.

Düsenteeriast tervistunud haige kirjutatakse haiglast välja alles pärast kolmekordset negatiivse tulemusega bakterioloogilist uurimist, kusjuures esimene kontrollanalüüs toimub pärast rooja normaliseerumist. Düsenteeriat põdenud isik jääb arvele üheks aastaks, kusjuures jaoskonnaarst on kohustatud teda visiteerima üks kord kuus. Ühiselamutes, barakkides jt. analoogilistes tingimustes elavaid isikuid uuritakse laboratoorselt kahe kuu jooksul pärast haiglast lahkumist iga 20 päeva järel. Hiljem uuritakse neid üks kord kvartalis ühe aasta jooksul. Toitlustuse ja veevarustuse ning teistel epidemioloogilist valvsust nõudvatel aladel töotajaid ning lasteasutuste töotajaid ei lasta peale haiglast väljakirjutamist tööle 15-ne päeva jooksul, sel ajal uuritakse neid korduvalt komplekselt. Pärast täielikku tervistumist lubatakse neil töötada oma erialal, kuid uuritakse ühe aasta jooksul kord kuus. Rekonvalesentsentsed lapsed, kui nad asuvad pärast haiglaravi kohe lasteasutusse, paigutatakse üheks kuuks eri gruppi, kus neid uuritakse selle aja jooksul vähemalt 3 korda. Edaspidi uuritakse neid bakterioloogiliselt üks kord kuus kogu aasta jooksul. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri nr. 237-m, 6. dets. 1954. a., nõuab kroonilise düsenteeriaga laste jaoks erilastesõimede või -kodude organiseerimist. Düsenteeriahaigetega kontaktsete toitlustamise ja veevarustuse alal töotajad ning lasteasutuste töotajad lubatakse tööle alles pärast ühekordset negatiivset bakterioloogilist uurimist. Sõimedes ja lastekodudes uuritakse haigestumise esinemisel bakterioloogiliselt kõiki antud gruppi kuuluvaid lapsi ja teenindavat personali. Esmakordselt epidemioloogiliselt ohtlikel erialadel tööle asuvaid isikuid, samuti lasteasutusse astujaid lapsi uuritakse düsenteeria suhtes bakterioloogiliselt üks kord, kusjuures neil peab olema jaoskonnaarsti tõend varemate haiguste kohta. Tõendi puudumisel, või kui isikul on esinenud minevikus seedehäireid, teostatakse ühe- kuni kahepäevase vaheajaga kolm bakterioloogilist analüüsi. Plaanipäraselt uuritakse toitlustamise ja veevarustuse alal ning lasteasutuste töotajaid düsenteeriapisikute kandmise suhtes üks kord aastas.

Nagu öeldust nähtub, lasuvad meditsiinitöotajatel pisikukandmise küsimuste praktilise lahendamise alal vastutusrikkad ülesanded. Nakkushaiguste tõrje ja võitlus pisikukandmisega on edukas alles siis, kui meie keskkharidusega meditsiinitöotajad arste oskuslikult ja kohusetruult abistavad.

Kirjandus

1. Дробинский И. Р. — Бациллоносительство и борьба с ним. Медгиз, М., 1953.
2. Башенин В. А. — Курс частной эпидемиологии. Медгиз, Л., 1955.
3. Бирковский Ю. Э. — Эпидемиология дизентерии на Украине за 1944—1953 гг. Тезисы докладов на межинститутской науч. конференции по пробл. «Дизентерия», М., 3—4, 1955.
4. Громашевский Л. В. — Tsiteeritud 7-nda järgi.
5. Змеев Г. Я. — Брюшной тиф. Эпидемиология. Под редакцией проф. Г. Я. Змеева, Медгиз, Л., 145—171, 1957.
6. Новгородская Э. М. — Дизентерия. Эпидемиология. Под редакцией проф. Г. Я. Змеева, Медгиз, Л., 99—145, 1957.

7. Рогозин И. И. — Бациллоносительство. БМЭ, издание второе, том 3, Медгиз, М., 504—518, 1957.
8. Соловьев М. Н. — Носительство патогенных микробов и его формы. Врачебное дело, Л., 17—24, 1950.

О бациллоносительстве

Х. Пихл

Резюме

Обзорная статья о бациллоносительстве предназначена преимущественно для среднего медицинского персонала. Сначала в ней дается определение понятия бациллоносительства и краткий исторический обзор данного вопроса, подвергается также анализу и классификация бациллоносительства. Далее указывается, что наряду с лабораторными исследованиями существенную помощь при выявлении бациллоносителей может оказать эпидемиологический анализ. Более подробно в статье описываются вопросы бациллоносительства при брюшном тифе, салмонеллезах и дизентерии. Подчеркивается, что при выявлении дизентерии необходимо особое внимание обращать на легкие и abortивные формы заболеваний. Указывается, что при тщательном собирании анамнестических данных в группе т. н. «здоровых бациллоносителей дизентерии» в значительном проценте случаев имеет место перенесенное в прошлом острое кишечное заболевание.

Борьба с инфекционными заболеваниями и, в частности, с бациллоносительством может иметь полный успех только тогда, когда в ней принимает участие квалифицированный средний медицинский персонал.

Haigete põetamine

kui kaitsva ravirežiimi tähtsaim lüli

Professor N. K. Bogolepov (Moskva)

Referaat

Haigete vajaliku režiimi määramine on tähtsaks raviteguriks.

I. P. Pavlovi poolt uuritud kaitsev pidurdumine omab eriti suurt tähtsust kurnatud närvirakkude normaalse talitluse taastamisel, järelkult ka häirete kõrvaldamisel närvisüsteemi poolt juhitud elunditest. I. P. Pavlovi õpetus ülemäärasest ehk kaitsvast pidurdumisest on kaitsva ravirežiimi füsioloogiliseks aluseks.

Kaitsva ravirežiimi rakendamisel on oluline tähtsus keskkonnal, kus haige viibib; puhtus ja kord haiglas mõjutavad haige psüühikat, rahustavad teda. Seejuures on olulised veel paljud tegurid, nagu palati seinte värvus, selle suurus ja kõrgus, valgustus, küte, ventilatsioon, voodite ja kapikeste või lauakeste kvaliteet, signalisatsioon ja teised mõnikord esimesel pilgul pisiasjadena näivad tegurid. Kindel režiim ja keskkond, kus haige viibib, mõjutavad haige psüühikat nägemise, kuulmise, haistmise ja teiste analüsaatorite kaudu ning soodustavad tervistumist. Soodsad rahulikud tingimused haiglas mitte ainult ei suurenda farmakoloogiliste, füsioterapeutiliste või teiste ravivahendite kui ka dieetravi toimet, vaid on iseseisvad ravitegurid.

Kaitsva ravirežiimi oluliseks osaks haiglas on üldine kord ja meditsiinipersonali — arsti, velskri, meditsiiniõe ning sanitari kooskõlastatud töö. Hea sanitaarse seisundi mõistesse kuulub ka igapäevane ruumide korrastamine ja haigete tualett.

Haigete voodipesu peab olema laitmatult puhas, sest korrastamata voodi, kortsunud lina või vahariie ning märg ihupesu vaagna- ja elundite häirete puhul soodustavad lamatiste tekkimist. Lamatiste vältimiseks

tuleb kasutada täispuhutavat kummirõngast ning hoolitseda siibrite ja uriinipudelite tarvitamise eest. Suur tähtsus on ka naha eest hoolitsemisel (nimmepiirkonda ja tuharaid tuleb hõõruda kampripiiritusega). Haiget tuleb küljelt-küljele pöörata (kui tema üldseisund seda lubab). Raskesti haige vajab aktiivset järelevalvet, s. t. talle tuleb osutada tähelepanu mitte ainult siis, kui ta seda ise nõuab, vaid teda tuleb pidevalt valvata.

Raskesti haige vajab erilist põetamist: hommikul ja enne söömist pestakse tal käsi, loputatakse või puhastatakse suud, kammitakse juukseid, korrastatakse mitu korda päevas tema voodit, kohendatakse tal tekki, antakse juua jne. Hoolikas põetamine on kaitsva ravirežiimi lahutamatu osa.

Oluline tähtsus on raskesti haigete ettevaatlikul tõstmisel (voodist vankrile, pesu vahetamisel jne.).

Ravi edukuseks tuleb haigele osutada maksimaalset tähelepanu: jälgida kõhule, jalgadele või teistele kehaosadele asetatud soojendajat, pähe või kõhule asetatud jää- või külmaveekotti jne. Samuti jälgitakse hoolikalt vee temperatuuri soojendajas või külmaveekotis ja vahetatakse vett õigeaegselt.

Raskesti haigele tuleb anda voodis ratsionaalne asend, näiteks pärast verevalumit ajusse tuleb haige asetada voodisse pea kõrgemal (peaalune raam, lisapadi, alus peapoolse vooditsa jalgade alla jne.). Tugevate valude puhul nimme- ja ristluupiirkonnas tuleb anda lisamadrats, lülisamba vigastuste jne. puhul asendada pehme voodi kõvaga, südamehaiguste, astmahoo jne. puhul asetada haige voodis istuli asendisse. Meditsiinipersonal peab meeles pidama, et raskesti haige väsib kiiresti ja soovib asendit muuta. Sageli haige, kes äsja asetati soodsasse asendisse, palub, et teda natukese aja pärast uuesti pööratakse. Selline nõudmine tuleb tingimata rahuldada, sest see ei ole haige kapriis. Pidevat valvet nõuab komatoosses seisundis olev haige. Individuaalset ja hoolikat põetamist vajavad halvatud, sest nad on täiesti abitud. Nende jäsemete asendit tuleb aeg-ajalt ettevaatlikult muuta, sest vastasel korral võivad tekkida jäsemete kontraktuurid. Jäsemete asendi muutmine on vajalik ka ebameeldivate taktiliste aistingute vältimiseks, mis tekivad haigel jäsemete kestva sundasendi tõttu. Jalgade asendit tuleb jälgida eriti sirutuskontraktuuride arenemise puhul. Jalgade toetamiseks ja põia-kontraktuuride vältimiseks soovitatakse jalgade alla asetada rull või vatisse mähitud kast.

Kaitsva ravirežiimi põhialuseks on peaajukoore ja koorealuse kaitsva pidurdumise igakülgne ärakasutamine, s. o. pärastlõunase magamise või puhkuse korraldamine ja öise une pikendamine farmakoloogiliste vahendite abil. Kogu režiim ja ka põetamine peab maksimaalselt soodustama haige und. Selleks kasutatakse helitut signalisatsiooni valguse abil, ja isoleeritakse rahutud haiged. Haiged äratatakse võimalikult hiljem, ja alles siis alustatakse ruumide koristamist, välditakse kõrvalist müra (ustega paugutamine, voodivedrude ragisemine jne.) ja valjusti rääkimist, kantakse pehmeid jalanõusid, õhustatakse ruume õhtul enne magamaminekut ja rakendatakse rida teisi abinõusid.

Haigete põetamisel on tähtis osa keskharidusega ja noorema meditsiinipersonali kohusetruul suhtumisel oma ülesannetesse. Ei piisa ainult ülesannete lihtsast täitmisest, vaid tähtis on, et neid täidetakse armastusega ja õigeaegselt. Põetamine ja ravimine on tulemusrikkad siis, kui haige on personali kohtlemisega rahul. Meditsiinipersonal peab oma käitumisega võitma haige usalduse ja poolehoiu. Haige hindab delikaatset, lahkete ja sõbralikku suhtlemist ning reageerib raskesti ükskõiksele suhtumisele ja puudulikule tähelepanule.

Tuleb arvestada, et haigetel puudub sageli kannatlikkus ja nad nõua-

vad oma soovide kohest täitmist. Mõnikord hindavad nad üle mingi tavalise raviprotseduuri tähtsust ja ootavad seda kannatamatusega. Iga meditsiinitöötaja peab koheselt täitma haige põetamisega seotud menetlused ja viivitamata reageerima haige väiksemalegi signaalile. Põhjendamatu keeldumine haige soovi täitmisest tekitab alati negatiivse reaktsiooni. Kui haige soovi ei ole võimalik ühel või teisel põhjusel rahuldada (näiteks kui haige nõuab paberosse, kuigi suitsetamine on tal kategooriliselt keelatud), peab keeldumine olema delikaatne ja motiveeritud.

Psühhoterapia on kaitsva ravirežiimi lahutamatu osa. Mõjutades ajukoore talitlust, võib haigusprotsessi kulgu psühhoterapia abil muuta. Psühhoterapia võib anda üllatavaid tulemusi ning tunduvalt tõsta medikamentoosse ravi ja füüsikaliste ravimeetodite efektiivsust. Sõna kui ärritaja tähtsuse alahindamine, võib põhjustada neurootilisi reaktsioone ja iatrokeenseid haigusi. Ei tohi unustada üht psühhoterapia peamist reeglit: haigega rääkides ei ole tähtis mitte ainult see, mis talle öeldakse tema haiguse kohta, vaid ka see, kuidas seda öeldakse. Mõnikord võime kahjuks näha, kuidas kaalutlemata väljenduse tõttu haige hakkab närveerima. Olles pikemat aega selle mõju all, tekib haige ajukoores püsiv erutuskolle. Psühhoterapeutiliste ürituste kompleksi kuuluvad mitmesugused tegurid, mille peamiseks ülesandeks on luua rahu ja hea meeleolu, mis on haigele vajalikud edukaks kaitsva ravirežiimi rakendamiseks, sest haige ärevus, hirm ja rahutus ohustavad ravi. Velskri või meditsiiniõde sõnad on haigele väga tähtsad.

Õed peavad võimalikult kauemini viibima haigete juures, et põhjalikumalt tutvuda neid huvitavate küsimustega. Sageli pöörduvad haiged õe poole mitmesuguste järelepärimistega oma haiguse kohta. Siin peab õde arsti abistama, kasutades samasuguseid psühhoterapeutilisi võtteid nagu arstki. Vastutusrikkad ülesanded on vanemal meditsiiniõel. Organiseerides ja kontrollides osakonna õdede ja sanitaride tööd, peab vanemõde pidevalt taotlema haigete teenindamise parandamist ja igati püüdma juurutada psühhoterapeutilist meetodit, sest kaitsva ravirežiimi tulemused olenevad keskharidusega meditsiinitöötajate tööst.

Eriti vastutusrikas osa on valveõel öhtul ja öösel, millal haigete seisund sageli halveneb. Mõnikord hospitaliseeritakse raskesti haigeid (näiteks ajuverearustuse häirete puhul) just öösel. Peab hoolitsema selle eest, et uue haige vastuvõtmine ei segaks teiste haigete rahu, kelle uni sageli on väga rahutu. Võimaluse korral tuleb öösel vastuvõetud haige paigutada eri palatisse, kus peab olema kindlustatud nii kesk- kui ka noorema meditsiinipersonali ja arsti järelevalve.

Kaitsev ravirežiim algab «esimesel kohtumisel haigega», s. o. tema sisseregistreerimisel ja osakonda paigutamisel. Esimeste muljete põhjal saab haige kujutluse haiglast.

Edaspidi avaldab haige närvisüsteemile suurt mõju tema asukoht palatis (naabrid) ja esialgne põetamine.

Iga tundi peab haiglas kasutama haige ravimiseks. Patsient peab tundma, et haiglas tehakse tema heaks kõik, mis on võimalik. Mitmesugused ebameeldivused haiglasse paigutamisel teevad haige närviliseks ja takistavad kaitsva ravirežiimi rakendamist. Esmakordselt haiglasse paigutatava haige elamused on sageli ebameeldivad: ta tajub lähedastest inimestest lahusolekut, teda masendab võõras ümbrus jne. Seepärast vajabki ta õrna, tähelepanelikku ja sooja kohtlemist ning sõbralikku vastuvõttu. Kõigi meditsiinitöötajate käitumine peab lähtuma püüdest osutada haigele igakülgset abi, tekitada tal hea meeleolu ning äratada usaldust ja lootust, et tema tervistamiseks tehakse kõik, mis on võimalik. Psühhoterapia ei piirdu ainult sõnalise mõjutamisega, veenmisega, vaid psühhoterapeutilised tegurid peavad olema sügavalt juurdunud meditsiinipersonali töösse.

Ravimite manustamine peab toimuma kindlal ajal ja sellele peavad kaasnema psühhoterapeutilised elemendid. Pole tähtis, mitte üksi see millal öde annab ravimit, vaid ka see, kuidas ta seda teeb. Seepärast ei tohi ravimeid jätta haige lauale, vaid haige peab ravimi sisse võtma meditsiiniõe käest. Ravimi võtmisel kindlal kellaajal tekib haigel tingitud refleks. Seega avaldavad ravimid mitte ainult füüsikalist ja keemilist, vaid ka psühhoterapeutilist toimet.

Valu vältimiseks süstimisel peavad öed püüdma seda protseduuri «valutustada»: haiget tuleb rahustada ja ette valmistada süstimiseks. Punktisiooniks kasutatagu näiteks teravaid ja peenikesi nõelu ning tui-mastavaid aineid ja valmistatagu haige ette ka psühhoterapeutiliselt.

Väga tähtis on personali käitumine: vali ja käratsev rääkimine on lubamatu, kuid ei tohi kurjasti tarvitada ka sosinkõnet, mis haiget samuti ärritab ja närveerima sunnib.

Suurt tähelepanu peab omistama toitlustamise režiimile. I. P. Pavlov näitas, kui suur tähtsus on toidu kvaliteedil (maitsel, mitmekesisusel) ja ümbrusel (seejuures ka serveerimisel).

Kõneldes dieteetikast, soovitas I. P. Pavlov toidusedeli koostamisel haigetega enne rääkida, pärides nende maitset, harjumusi ning soove.

Palatite tuulutamisel peab arvestama haigete külmetumise ohtu. Õhustades palateid, ei pööra personal sageli tähelepanu tõmbetuulele, mille suhtes on mõned haiged väga tundlikud.

Kaitsev ravirežiim haiguse ägedas järgus vaheldub tervenemisperioodil haiget aktiviseerivate abinõudega, nagu raadiokuulamine, lugemine, jalutamine, doseeritud ravikehakultuur jne., arvestades iga haige individuaalseid iseärasusi ja tema seisundit. Viimane võib haigel ravi kestel mitu korda muutuda. Vahel tuleb osutada haigele erilist tähelepanu: kirjutada tema palvel kiri või telefoneerida, lubada talle kokkusaamine väljaspool külastamise aega jne.

Tähelepanu tuleb pöörata ka käitumisele haige sugulastega. Meditsiinitöötajad aga unustavad kahjuks sageli, et sugulased võivad haiget rahustada. Murest perekonna pärast, soovist pidada nõu lähedaste inimestega, tunda nende õrnust ja hoolitsust, ootavad haiged kannatamatult kohtumist omastega. Rahustades haiget, aitavad omaksed arsti. Kui aga haige kuuleb nendelt pretensioone personali suhtes, nagu kaebused jämeda käitumise pärast, ebaõiged vastused küsimustele jne., siis see ei soodusta ravimist. Seepärast peab personal olema haigete külastamise aegadel eriti tähelepanelik.

Ühendades tähelepaneliku ja hoolika käitumise range distsipliiniga, tõstavad meditsiinitöötajad ravi ja haigete põetamise kvaliteeti.

Refereerinud H. Roots

Roela maa-arstijaoskonna tööst

T. Fuks,

Roela maa-arstijaoskonna juhataja

Maa-arstijaoskonna meditsiinitöötajate tähtsaks ülesandeks on tõsta elanikkonna meditsiinialane teenindamine võrdsele kõrgusele elanikkonna meditsiinilise teenindamisega linnas. Nõukogude korra ajal on maaelanikkonna meditsiiniline teenindamine pidevalt paranenud tänu nõukogude meditsiini põhiprintsiipidele — tasuta ravile ja profülaktilisele suunale. Nõukogude tervishoiu profülaktilise suuna läbiviimiseks on vaja head organiseerimist, kvalifitseeritud, kohusetruud, aktiivset ja väsimatut kollektiivi, väljaõpetatud töökat aktiivi, kontakti elanikkonnaga ja tõhusat sanitaarpropagandat.

Roela maa-arstijaoskond asub 25 km kaugusel Rakverest ja omab kümnevoodilise haigla, ambulatooriumi ning hambaravi kabineti. Jaoskonnahaigla ja ambulatooriumi ruumid on kitsad ja sobimatud. Mingsuguseid kõrvalruume haiglal ei ole. Ruumide kitsikusest on leitud väljapääs sellega, et näiteks õhkrinna täitmine toimub ambulatooriumis profülaktilisel päeval ning maomahla võtmine ja uurimine samuti ambulatooriumis, kuid peale vastuvõtuaaja lõppu. Kliinilise laboratooriumi jaoks leiti koht sidumistoas. Autoklaavi, mis asub suvel sauna eesruumis, talvel köögis, kasutatakse pidevalt. Selle tõttu on meil alati steriilset materjali.

Roela maa-arstijaoskonnas on 3500 elanikku. Teenindamisele kuuluvad 3 sovhoosi, 6 kooli ja rida teisi asutusi. Pideva sanitaaralase kasvatus-töö tulemusena omame üksmeelse, tugeva kollektiivi, vaatamata sellele, et kollektiivis on palju noori. Keskharidusega meditsiinipersonal täiendab oma teadmisi Tallinnas ja rajoonis toimuvatel konverentsidel ja seminaridel ning kohapeal pidevalt toimuvatel kvalifikatsioonitõstmise õppustel. Noorem meditsiinipersonal on lõpetanud VSK kursused, samuti toimuvad ka neile pidevalt kvalifikatsioonitõstmise seminarid. Personal pöörab suurt tähelepanu kaitsvale ravirežiimile ja psühhoprofülaktilise ravi meetodile. Haigetele mõjub hästi ka haigla ja selle ümbruse korrastatus, mis pärast hoiame need puhtad ja korras.

Sanitaaraktiivi loomiseks tuli teha suurt tööd aktivistide ettevalmistamisel. Aastast aastasse toimuvad Roela maa-arstijaoskonnas VSK kursused asutustes, sovhoosides, koolides; õppused sanitaarpostide ülematele, sanitaartechnilise miinimumi kursused toitlustamise alal töötajale ja lüpsjatele. Nii omame tubli aktiivi, mis on meditsiinitöötajatele suureks abiks. Sovhoosides, koolides ja asutustes on kõikjal Punase Risti Seltsi algorganisatsioonid ja sanitaarpostid. Sanitaarpostide ja meditsiinitöötajate vahel on tihe kontakt. Sanitaarpostid annavad nõuetekohast esmaabi, signaliseerivad meditsiinitöötajale haigestumisjuhtudest, jälgivad rasedate seisukorda, organiseerivad töötajate kokkutulekuid kaitse-süstimesteks ning dispanseerimiseks ja kontrollivad sanitaarset seisukorda. Elanikkonna kaudu saavad meditsiinitöötajad teada sanitaarsetest puudustest töökohtadel, ümbruse antisanitaarsusest, kaevude korratusest, prügikastide puudumisest jne. Suurt abi osutab meditsiinitöötajatele alaline sotsiaal- ja tervishoiukomisjon. Punase Risti Seltsi algorganisatsioonid ja sanitaarpostid kuuluvad Roela Haigla õdede šefluse alla. Reserv-

doonorite värbamine toimub pidevalt. Raskusi tekitab ainult vastava selgitustöö tegemine, sest Punase Risti Seltsi Rajoonikomitee varustab sanitaarnurki plakatitega ja brošüüridega äärmiselt puudulikult. Roela meditsiinitöötajad tegelevad palju sanitaarselgitustööga. Vastavaid loenguid ja vestlusi korraldatakse sovhoosis enne kinoetendust, raamatukogus, rahvamajas, kooperatiivi liikmete koosolekutel, koolides õpilastele ja lastevanematele, haiglas, ambulatooriumis ning kodudes. Meditsiinitöötajad on kohapealse lektorite grupi liikmed.

Roela maa-arstijaoskonna töö on jagatud meditsiinipersonali vahel nii, et igaühel peale põhitöö on lisakohustused, mille täitmise eest nad vastutavad. Näiteks patronaaziõde omab lisakohustusena Punase Risti Seltsi organisaatori töö. Lisakohustustesse suhtub personal sama tõsiselt, kui põhitöösse.

Ämmaemanda poolt tehtud selgitustöö tagajärjel sünnitavad kõik emad haiglas. Patronaaziõde töötulemuseks on eelkooliealiste laste hea profülaktiline teenindamine. Jaoskonnas ei ole ühtegi last, keda patronaaziõde ei külastaks, samuti ei ole ühtegi vanemat, kes ei tunneks patronaaziõde. Kaitsesüstimid lastele toimuvad nõuetavatel tähtaegadel ja süstemaatilisel.

Juhtivaks töömeetodiks Roela Haiglas on dispanseerne meetod. Dispanseerimisele kuuluvad elanikkonnast ka teatavad tervete kontingendid, nagu eelkutseealised, kooli I klassi astujad, põllumajanduse mehhanisaatorid ja spetsialistid. Haigetest dispanseeritakse haavanditõvega, prekantseroosidega, südame-, neeru-, maksa- jt. haigustega isikud. Dispanseeritute arv on kõikuv: tervistunud haiged võetakse arvelt maha, pidevalt dispanseeritakse aga ka uusi haigestunuid. Uuritakse dispanseeritute töötingimusi, korteriolusid, toitlustamist ja puhkuse tingimusi.

Roela maahaiglas püüame ravida kõiki, kes ei vaja operatiivset ravi ega eriuurimist. Rakendame uusi ravimeetodeid ja ravimeid. Haigetele püüame luua mugava ja koduse õhkkonna. Haigete meelelahutuseks oleme loonud raamatukogu, muretsenud raadio ning reproduktorid ja ajaviitemängud. Suurt tähelepanu pöörame haigete toitlustamisele. Personal kasvatab haigetele juurvilja, varub marju, valmistab mahu, korjab seeni jne. See võimaldab menüüid mitmekesistada.

Meditsiinialase teenindamise parandamiseks vajaksime hädasti laste palatit, sest lapsed võivad häirida raskesti haigete rahu. Rajooni lastehaiglas ei ole sageli laste jaoks kohti. Kodune laste ravimine mitme kilomeetri kauguselt on aga liialt koormav, eriti kui on tarvis haiget last mitu korda ööpäeva jooksul süstimas käia. Haigla vajab autotransporti, sest aeglane hobutransport ei võimalda kõigi meie ülesannete täitmist. Tuleb planeerida autojuhi koht. Tuleks sisse seada vesivarustus, sest haigla varustamine kaevuveega on sanitaridele raskeks ülesandeks. Ka portatiivse röntgeni aparaadi omamine viiks maaelanikkonna meditsiinialase teenindamise suure sammu võrra edasi. Röntgenoloogi kohustusi ei saa aga jaoskonna arsti peale panna, sest jaoskonnaarstil on küllaltki suur koormus. Meditsiinialase teenindamise parandamiseks maal oleks vaja suurendada arstikohtade arvu. Maahaiglates ei oleks liigne televiisor. Meditsiinitöötajate korteriolud on meil halvad. Meditsiinitöötajate elamu ehitamise küsimus ja kommunaalteenuste võimaldamine maal vajab kiiret lahendamist.

Kuue aasta jooksul on Roela maahaigla jõudnud paremale järjele, olles rikastunud hambaravikabineti, kliinilise laboratooriumi, autoklaavi, elektriaparatuuri, hobutranspordi, kõva ning pehme inventariga ja instrumentariumiga. Roela Maahaigla töötajad on veendunud, et maaelanikkonna meditsiinialast teenindamist on võimalik veelgi parandada. See veendumus innustab meid edaspidistele saavutustele.

Saue velskri-ämmaemandapunkti tööst

A. Saar,

Saue velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Saue velskri-ämmaemandapunkt, mis rajati 1956. a., asub Harju rajoonis, Saue sovhoosi keskuses. Peale Saue sovhoosi teenindab Saue velskri-ämmaemandapunkt veel kolhoose «Tõusev Täht» ja «Tulevik».

Kuna haigestumisi on kergem vältida kui neid ravida, siis peetakse Saue velskri-ämmaemandapunktis eriti tähtsaks profülaktikaalast tegevust. Kui näiteks varem esines Saue sovhoosis aeg-ajalt ka düsenteeriasse haigestumise juhtumeid, siis oleme käesoleval ajal sooltenakkustest täiesti jagu saanud. Selleks aitasid eriti kaasa bakterioloogiliste uurimiste laialdane rakendamine ja elanikkonna sanitaarsete teadmiste tõstmine sanitaarselgitustöö abil. Suurt rõhku paneme ka territooriumide puhastamisele. Saue sovhoosi juhtkonna kaasabil piirati elamud taradega ja ehitati silikaatkividest prügikastid ning käimlad. Kõik kaevud on korrastatud ja pasportiseeritud, joogi- ja majapidamisvett uuriatakse kaks korda aastas laboratoorselt.

Velskri-ämmaemandapunktis on arvel kõik rasedad ja lapsed, keda patroneeritakse süstemaatilisel. Samuti on organiseeritud krooniliste haigete dispanseerimine.

Kõik lapsed on arvele võetud vastavate vanusegruppide järgi (0—1, 1—3, 4—7, 8—12 ja 13—14 aastani ning samuti töölisnoorukid). Peale selle on laste kartoteek korraldatud sünniaastate järgi, mis võimaldab patronaazi- ja profülaktilist tööd hästi planeerida.

Nii kõigi täiskasvanute kui ka iga lapse kohta peetakse isiklikku ambulatooriumikaarti (vorm nr. 25-amb.).

Seega märgitakse kõik andmed (ka patronaaziandmed) lapse kaardile, ja kui lapse vanus ületab teatava vanusegrupi, siis asetatakse kaart edasi järgmisse gruppi. Nii on lapse kohta alati ambulatoorsed andmed uurimiseks käepärast kuni tema täiskasvanuks saamiseni.

Velskri-ämmaemandapunktis on arvel ka kõik rasedad, kes suunatakse peale selle ka veel naistenõuandlasse. Ka rasedatel on oma isiklik ambulatooriumikaart. Pärast rasedusaja lõppu jäetakse kõik selleaegsed patronaaziandmed tema kaardi juurde. Selline meetod võimaldab meditsiinitöötajail saada kompleksseid andmeid ka lapse kohta, mis ulatuvad juba tema üsasisesesse ellu.

Meie arvates oleks otstarbekohane rakendada järgmist praktilist meetodit: vormi nr. 75-b (rasedad), vormi nr. 75-a (kuni 1-aastased lapsed) ja vormi nr. 75-a (kuni 3-aastased lapsed) registreerimisvihkudes kasutatakse iga lapse ja raseda kohta eri lehte, mis arvelt mahavõtmise puhul lõigatakse välja ja asetatakse kaardi vahele, kusjuures vihiku jäävale lehe kontsule võib teha vastava märkuse. Seega satuvad iga lapse kohta vajalikud andmed tema kaardi (vorm nr. 25-amb.) vahele ning on alati käepärast.

Oleme pannud suurt rõhku võitlusele traumatismiga. Kui me oleme suutnud tunduvalt vähendada põllutöödega seotud traumasid, siis ei saa veel rahule jääda metsatöölise teenindamisega. Selle põhjuseks on asjaolu, et meie töö sanitaaraktiiviga ei ole veel küllaldane. Meil on loodud küll Punase Risti Seltsi algorganisatsioonid, kuid hästi töötavaid sanitaarposte on vähe. See lünk tuleb meil lähemal ajal kõrvaldada, milleks olemegi juba planeerinud abinõud töö paremustamiseks ühiskondliku aktiiviga: kevadisteks põllutöödeks peab olema vastav aktiiv vajalikul määral ette valmistatud.

Tuleb märkida Saue sovhoosi juhtkonna, eriti direktori Ed. Alba, suurt abi kõigis tervishoiualastes üritustes. Direktori abiga on muretsatud velskri-ämmaemandapunktile mööblit, laearmatuure ja muud sisseseadet.

Pirogovi lugemine 1957. aastal

NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Presiidiumi, Üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatuse, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tartu Riikliku Ülikooli poolt korraldati 9. detsembril 1957. aastal Tartu Riikliku Ülikooli aulas arstiteaduskonna koosolekul Pirogovi lugemine (Пироговское чтение).

Teatavasti korraldatakse Pirogovi lugemisi Nõukogude Liidus igal aastal kordamööda neis linnades, kus N. I. Pirogov on pikemat aega töötanud, s. o. Tartus, Leningradis, Moskvas ja Kiievis. Nimetatud lugemised organiseeritakse suure kirurgi teadusliku pärandi lahtimõtestamiseks ning tema töodes leiduvate uute väärtuste avastamiseks.

Lugemise avasõna ütles NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg V. I. Strutškov, mille järel kõneles NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia tegevliige B. V. Petrovski teemal: «Veresoonte kirurgia N. I. Pirogovi töödes ja selle arengust kaasajal». Kõneleja ütles, et Pirogov kui üks kõigi aegade suuremaid kirurge osutas erilist tähelepanu veresoonte kirurgiale.

Tema uurimused «Arteriaalsete tüvede ja fastsiate anatoomia» ja samuti topograafilise anatoomia atlas andsid tõelise pildi veresoonte topograafilis-anatoomilisest süsteemist, närvidest ja fastsiatest. Kuna seni puudusid maailma literatuuris sedalaadi tööd, tuleb N. I. Pirogovi lugeda kliinilise anatoomia rajajaks.

Kuni Pirogovi ajastuni puudusid eksperimentaalsed tööd kirurgias. N. I. Pirogov on eksperimentaalse suuna esindaja, mida näitab tema dissertatsioon «Kas abdominaalse aordi ligeerimine aneurüsmi puhul kubeme piirkonnas on kergesti teostatav ning ohutu toiming?»

Veresoonte täpsustatud anatoomia ning veresoonte trauma füsioloogiline käsitlemine sai aluseks edasistele uurimustele veresoonte kirurgias rea kodumaiste teadlaste juures, nagu I. V. Bujalski, N. V. Sklifosovski, N. A. Bogoras, F. P. Vreden, B. A. Herzen, N. I. Napalkov, N. N. Burdenko jt.

N. I. Pirogovi eesmärk — püüda säilitada või taastada veresoone vigastuse või haiguse puhul selle valendik — sai alles kõige hilisemal ajal teostatavaks auto-, homo-, heterotransplantatsiooni ning alloplastika meetodite abil.

Prof. A. Linkberg märkis oma ettekande «N. I. Pirogovi tegevusest Tartu perioodil» sissejuhatavas osas, et käesolev Pirogovi lugemine on märkimisväärne seetõttu, et see toimub samas hoones ja ruumis, kus suur teadlane N. I. Pirogov 12. detsembril 1832. a., s. o. peaaegu päevalise täpsusega 125 aastat tagasi, kaitses oma doktori väitekirja, mille tähtsust eelkõneleja reljeefselt rõhutas. Prof. A. Linkberg tõi andmeid Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna kirurgiakateedri tegevusest primitiivsetes tingimustes 19. sajandi I poolel ja N. I. Pirogovi õpetaja prof. I. F. Moyeri kui teadlase ja inimese osatähtsusest nende tingimuste parandamisel. N. I. Pirogov meenutab oma memuaarides korduvalt tänutundes prof. Moyerit.

N. I. Pirogovi tegevus oli Tartu perioodil niivõrd saavutusterohke, et tõi Tartu Ülikoolile ülemaailmse kuulsuse. Tuleb imestada seda tahtekindlust ja andekust, millega 18-aastane Pirogov, astunud 1828. a. Tartu Ülikooli Professorite Instituuti, ületas raskused oma eesmärgi saavutamisel.

Tuleb märkida, et N. I. Pirogov töötas Tartus sel perioodil, kus Vene- maal tegutsesid filosoofid-demokraadid ja progressiivse teaduse esindajad, nagu Herzen, Tšernõševski, Belinski, Setšenov jt. Pole kahtlust, et N. I. Pirogovi kui teadlase, arsti ja ühiskonnategelase maailmavaade kujunes nende mõjul. On teada, et prof. Moyeri perekonda, kus noor Pirogov alati liikus, külastasid A. S. Puškini sõbrad Wulf, Kern, Solugob jt.

Oma tegevust Tartus alustas N. I. Pirogov tööga anatoomikumis. Ta töötas palju laipadel, prepareerides veresooni ja neid ümbritsevaid kudesid. Hyrtl kirjutab, et Pirogov «... kirurgia kateedri saamisel eelistas teed anatoomikumi kaudu, mitte aga läbi ministeeriumi tagauste». Ligeerides veresooni loomadel, tõestas N. I. Pirogov eksperimentaalse meetodi vajadust.

Olles 1833. a. lähetusel Saksamaal, polnud N. I. Pirogov vaimustatud sealsetest kuulsustest kirurgia alal. Ainult prof. Langenbeck Göttingenis oma laialdaste teadmistega huvitas Pirogovi.

Pärast lähetust välismaale pidi Pirogov jällegi asumaa Tartu, kus 1836-st aastast algas tema uus võidukäik. Prof. Moyer loovutas Pirogovile kateedri, mis oli ainulaadne nähtus tol ajal.

N. I. Pirogov sundis kõiki imetlema oma operatsioonitehnika kiirust ja puhtust. Ta oli hea pedagoog ja huvitav lektor. Omi loenguid illustreeris ta alati mitmesuguste tabelitega ja katsetega loomadel. Katseloomi kulus nii palju, et neist linnas ei jätkunud ja kateedri assistentidel tuli sõita maale, et sealt loomi muretseda.

N. I. Pirogov oli nõudlik. Ta püstitas deviisi: «Õppigu see, kes seda soovib — see on tema asi; kes aga minu juures õpib, peab midagi ära õppima — see on minu asi!»

Suur teadlane ei varjanud oma vigu kirurgiaalases töös ja hindas kõrgelt õiglast kriitikat ning enesekriitikat. Näide sellest: kui tema kaas- aegne hea tuttav (Zadler) kirjutas ühes saksa ajakirjas kriitilise artikli Pirogovi fundamentaalse töö kohta, siis viimane, ilmunud auditooriumi avalikkuse ette kriitilise artikliga käes, tõestas, et kriitikas pole kaugeltki kõiki vigu mainitud.

N. I. Pirogov kirjutas oma tegevusperioodil Tartus 1829—1840. a. 7 teaduslikku tööd, milledest viimast «Ahcillse kõõluse operatsioonist» tuntud saksa kirurg Bier veel ligi sada aastat hiljem nimetas klassikaliseks.

N. I. Pirogov oli esimene vene arst, kes polnud mitte Lääne-Euroopa õpilane, vaid õpetaja.

N. I. Pirogovi mitmekülgset tegevust ja elulugu on väga põhjalikult uuritud ja analüüsitud, kuid tema eluloo illustratsioonid leidub veelgi uudset. Nii avastati 1950. a. meil Ülikooli fundamentaalaamatukogus N. I. Pirogovi portree, mis arvatavasti on maalitud 1832. a., s. o. seoses tema dissertatsiooni kaitsmisega.

Vaevalt leidub arstide hulgas teadlast, kellel on nii suur populaarsus kui N. I. Pirogovil.

Tartu linn on rikas kohtadest, mis on seoses N. I. Pirogovi nimega. Mõnele majale, kus kord elas Pirogov, on kinnitatud memoriaaltahvlid. Tänavale, kus Pirogov elas oma professori perioodil Tartus, on Nõukogude päevil omistatud N. I. Pirogovi nimetus. Toomemäele on suurele teadlasele püstitatud mälestussammas.

See kõik aitab meil N. I. Pirogovi mälestada ja austada.

Tähtsaim on aga see, et meie kõik, eriti meie noorus — tulevased arstid — õpetlased ja tervishoiutöötajad oma erialases töös ja kodumaa teenistuses järgneksid suure teadlase eeskujule.

J. Ennulo

Teine üleliiduline onkoloogide konverents

27. jaanuarist kuni 1. veebruarini 1958. a. toimus Leningradis II üleliiduline onkoloogide konverents. Vaatamata sellele, et NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirja kohaselt pidi konverentsist osa võtma 500 delegaati, oli osavõtjaid üle 1200. Meie vabariiki esindasid neli arsti Tallinna ja Tartu Onkoloogia Dispanseritest. Konverentsi temaatika haaras järgmisi probleeme: 1) kasvajate etioloogia küsimused; 2) kasvajaheel-sed haigused; 3) luukasvajad; 4) kasvajate kemoteraapia; 5) vähitõrje organisatsioon NSV Liidus. Konverentsi töö oli jaotatud sektiioonideks ja plenaaristungiteks. Delegaatidel oli võimalus viibida kliinikutes ja onkoloogilistes asutustes onkoloogilise töö organiseerimisega tutvumise ots-tarbel. Rida vabariike esines väljapanekutega, kus olid põhiliselt andmed vähktõppe haigestumuse ja suremuse ning ravi kaugtagajärgede kohta. Plenaaristungil esitati 39 ettekannet ning sektiioonide istungitel 126 ette-kannet.

Ühtlasi kuulati ära üleliidulise onkoloogide seltsi aruanne ja ajakirja «Вопросы Онкологии» toimetuse kolleegiumi aruanne ning valiti ka Üleliidulise Onkoloogide Seltsi juhatus.

Konverentsi avas sotsialistliku töö kangeline N. N. Petrov, kes märkis saavutatud edusamme vähitõrje alal. Tänu profülaktilistele läbivaatustele on langenud kaugelearenenud vähihaigete arv esmakordselt avastatute seas ning seoses sellega on ravi kaugtagajärjed tunduvalt paranenud. Asudes vähietioloogia küsimuses polüetioloogi seisukohal märkis ta, et viirusetooria pooldajad on süvendanud oma uurimusi, ning see teooria, kuigi vaieldav, on säilitanud huvi enda vastu.

I

Etioloogiaküsimustes esinesid ettekannetega peamiselt viirusetooria pooldajad. Akadeemik L. A. Silber tegi kokkuvõtte oma koolkonna uurimustest. Ta mainis, et käesoleval ajal tuntakse 20 kasvajate liiki, mis esinevad inimesel ja loomadel. Nende kasvajate viiruslik etioloogia on tema arvates kindel. Rida healoomulisi kasvajaid inimesel, nagu kõripapilloomid, noorus- ja vanaduskäsnad ning leukoosid, on viirusliku etio-loogiaga. Kuigi viirusetooria vajab veel selgitamist, ei saa seda ignoree-rida ei eksperimentaator ega klinitsist.

Akadeemik A. D. Timofejevski tõi andmeid oma koolkonna elektroonmikroskoopilistest töödest, kus 40—50 protsendil juhtudest on leitud inimese vähkkoeist viiruseetaolisi globulaarseid kehakesi, mida saab kultiveerida kudede eksplantaatides ja kana embrüokestadel. Kuigi praegu puuduvad kindlad tõendused selle kohta, et need moodustised on vähi tekkepõhjusteks, on nende etioloogiline osa tõenäoline.

Prof. L. F. Lariionov esines pikema ettekandega, milles ta põhjalikult kritiseeris viirusetooriat. Tema arvates on seni kindel ainult see, et viirused võivad tekitada kasvajaheelseid seisundeid mõnedel juh-tudel, kuid malignisatsioon võib olla põhjustatud hoopis teistest teguri-test. On teada, et vähirakud on soodsaks pinnaks mitmesuguste viiruste ja bakterite paljunemisel. Viirusetooria aga ei seleta kõige tähtsamaid kasvajaraku omadusi.

Sõnavõtjad pooldasid rõhuvas enamuses polüetioloogilist seisukohta.

II

Kasvajaheelseid haigusi käsitlevatest ettekannetest ja sõnavõttudest ilmn-es, et see küsimus ei ole kaugeltki lahendatud.

Prof. L. M. Šabad käsitles vähieelset seisundit eksperimentaal-morfoloogilisest seisukohast. Ta väitis, et vähk tekib lõplülina kudede muutuste ahelas. Ta eraldas järgmisi staadiume: I — difuusne hüper-

plaasia; II — koldeline proliferatsioon; III — healoomulised kasvaja; IV — pahaloomulised kasvaja. Mõnedel juhtudel võib III staadium puududa. Kitsamas mõttes on tema arvates vähieeline seisund kas koldeline proliferatsioon või healoomuline kasvaja, mis eriti sageli ja otseselt läheb üle vähiks. I staadiumi aga tuleb vaadelda kui kasvajaheelset muutust laiemas mõttes. Kasvajaheelset ja vähieelset seisundid võivad ka mitte muutuda vähiks.

Prof. R. J. K a v e t s k i käsitles vähieelset muutusi organismis. Ta väitis, et muutusi ainevahetuse protsessis, närvikoos ja sisenõrenäärmeis tuleb vaadelda kui organismi üldhaigust — n. n. kasvajaalist haigust. Viimane soodustab vähi, samuti vähi metastaaside ja retsidiivide teket.

J. L. V e k s l e r, lähtudes kliinilisest seisukohast, arvab, et valem: «igal vähil oma vähieeline seisund» — tuleb laiendada: «ei ole vähki ilma vähieelse seisundita ja igal vähieelsel seisundil on oma «eelnev» haigus».

Kasvajaheelsete haiguste kliinikut käsitleti laialdaselt sektsioonide istungitel, kus puudutati kasvajaheelset haigusi seedetraktis, piimanäärmetes, nahal, alahuul, suuõõnes, ülemistes hingamisteedes, emakakaelal ja munasarjades.

III

Luukasvajatele pühendati 26 ettekannet. Põhilise ettekande esitas prof. F. M. L a m p e r t, kes põhjalikult analüüsis Moskva 13-ne suurema prosektoori andmeid ajavahemikus 1955—1956. a. luukasvajate suhtes. Vaieldavaid küsimusi luukasvajate diagnoosimise ja ravimise alal esitasid kompleksse ettekandena professorid A. M. G o l d s t e l, A. J. R a k o v jt. Leningradi Onkoloogia Instituudist. Prof. T. P. V i n o g r a d o v a käsitles luukasvajate klassifikatsiooni.

Ettekandjad mainisid, et on vaja tsentraliseerida luukasvajate uurimist perifeersetelt asutustelt saadud andmete varal. Esmaste luukasvajate ravis osutus tagajärjekaks kirurgilisele ravile eelnev röntgeni ravi (prof. L. D. P o d l j a š u k — üle 200 juhu). Luukasvajate diagnostikas on viimasel ajal edukalt kasutatud tomograafilist meetodit (M. F. T š e r n o m o r d o v Leningradist), angiograafilist meetodit (A. V. V o l t š k o v Kurskist) ja tsütoloogilist punktsioonimeetodit (A. S a h h a r o v Tbilisist). Suurerakuliste (*gigantocellulare*) luukasvajate ravile pühendati 3 ettekannet. Röntgeni ravi nende kasvaja puhul on kujunenud valikmeetodiks.

IV

Põhilise ettekandega kasvaja kemoterapia küsimustes esines prof. L. F. L a r i o n o v. Käesoleval ajal kasutatakse mitme kasvaja liigi ravimiseks juba üle 30 keemilise ravimi.

Kaasaja teadus väidab, et iga kasvaja grupile ja isegi igale kasvaja liigile on vaja leida eri preparaadid kooskõlas nende kasvaja biokeemiliste iseärasustega. Olemasolevate preparaatide vähesus ei võimalda seni nende laialdast kasutamist.

Professor N. N. B l o h h i n käsitles raskusi seoses uute preparaatide juurutamisega tervishoiuasutustes. On vaja välja töötada efektiivsemaid vähi kompleksravi meetodeid, kus koos operatiivse ja kiiritusraviga oleks ette nähtud kemoterapia. Olemasolevaid ravimeetodeid ei tohi vastu seada üksteisele, vaid nad peavad üksteist täiendama.

Rohkesti esitati ettekandeid uutest keemiliste ainete gruppidest, mis aga veel on eksperimentaalses faasis.

Huvitavaid andmeid toodi uue preparaadi «Sulnaat» kohta. See on atomaarne hapendaja, mis prolungeeritult vabastab vesilahuses atomaarset hapnikku. Seda preparaati on eduga kasutatud emakakaelavähi lokaalseks ravimiseks. Ravi lihtsus ning ohutus võimaldavad seda teha ambulaatoriselt.

Organisatsioonide küsimuste alal esines keskse ettekandega NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi vanem inspektor J. G. Prazdnikova. Ta märkis, et võitlus pahaloomuliste kasvajatega on nõukogude tervishoiu üheks tähtsamaks küsimuseks. Viimase 12 aasta jooksul on NSV Liidus avatud 211 onkoloogiadispanserit, 1157 dispanseerset osakonda ja kabinetti, 17 244 onkoloogiavoodit. Onkoloogiaasutused on varustatud spetsiaalse aparatuuri ja radioaktiivsete ainetega. On ette valmistatud üle 3000 onkoloogi. Viimase üheksa aasta jooksul on suurenenud elanikkonna massiliste profülaktiliste läbivaatuste arv. On läbi vaadatud üle 150 000 000 inimese. Edu näitajaiks on järgmised arvud: kui 1947. a. esmakordselt avastatute seas oli kaugelearenenud, s. o. IV grupi haigeid, 42%, siis langes see 1956. a. 23,6%-le. Samuti on tõusnud II grupi s. o. radikaalselt ravitavate haigete arv esmakordselt avastatud haigete seas: nii oli neid 1949. a. 44%, 1956. aastal aga juba 59,7%. III grupi haigete arv, s. o. haiged, kes on radikaalravi läbi teinud, oli 1949. aastal 45,8%, 1956. aastal aga tõusis see protsent 71,9-ni.

Tähtsamad vähi vastu võitlemise ülesanded Nõukogude Liidus on praegu profülaktiliste läbivaatuste parandamine; vähi varajase diagnostika parandamine; uute diagnostiliste ja ravimeetodite juurutamine ravi-asutustesse.

A. J. Tšaklin ja V. M. Uglova töid esmakordselt esile mitmesuguseid andmeid vähistatistika kohta Nõukogude Liidus. Nii registreeriti Nõukogude Liidus 1956. a. esmaseid vähijuhtumeid 172 499. Leningradis oli haigestumine pahaloomuliste kasvajate kõikidesse liikidesse 1956. a. iga 100 000 elaniku kohta 153,4. Viimaste aastate jooksul ei ole märgata vähihaigete arvu suurenemist. III grupi vähihaigete arv on põhiliselt tõusnud naha-, alahuule-, emaka- ja piimanäärmevähi arvel. Ei ole andmeid, mis räägiks selle poolt, et vähk on «noorenenud». Vähihõõpud surnud meeste keskmine vanus on 60 a., naistel 2—3 aastat vähem. Kõikidest surmapõhjustest moodustab suremus pahaloomulistes kasvajatesse 18 kuni 22 protsenti, kõikidest haigustest aga moodustavad pahaloomulised kasvajad ainult 0,5 protsenti.

A. Gavrilov

N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituudi kolmas teaduslik sessioon

17. kuni 20. veebruarini k. a. toimus Moskvas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituudi kolmas teaduslik sessioon.

Mainitud sessioon kujunes tegelikult üleliiduliseks teaduslikuks konverentsiks tervishoiutöö organiseerimise ja planeerimise ning meditsiini ajaloo uurimise alal.

Sessiooni avas NSV Liidu tervishoiu minister M. D. Kovrigina, kes oma kõnes iseloomustas nõukogude tervishoiutöö praegust seisukorda ja selle arenemisperspektiive.

Kaks esimest plenaaristungit olid pühendatud N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituudi tööle II ja III teadusliku sessiooni vahelisel perioodil. Kuulati ära järgmised ettekanded:

Tervishoiualaste teaduslike uurimiste arengu põhisuunad NSV Liidus;

Ajaloo teadus NSV Liidus aastatel 1917 kuni 1957;

Teaduslik uurimistöö nõukogude tervishoiu ajaloo ja historiograafia alal;

Nõukogude tervishoiu organisaatorite kvalifikatsiooni tõstmise probleem;

Arstiteadusliku informatsiooni areng NSV Liidus.

Kolmas istung oli pühendatud töökogemuste vahetamisele liiduvabariikide vahel. Seitse ettekannet olid pühendatud tervishoiuküsimustele liiduvabariikides. Ettekannete teemad olid järgmised:

1. Arstide kaadri probleem Vene NFSV-s ja selle lahendamine;

2. Naftatöölise meditsiinialase teenindamise arengust Aserbaidžani NSV-s;

3. Mäetöölise meditsiinialase teenindamise parandamisest Armeenia NSV-s;

4. Elanikkonna meditsiinialase teenindamise organiseerimisest Kasahstani uudis- ja jäätmaaraajoonides;

5. Tervishoiutöö arenemisest Eesti NSV maaraajoonides (aastatel 1917 kuni 1957);

6. Kolhoosi meditsiinasutuste ehitamise kogemusi Kirgiisi NSV-s;

7. Kuurordiala areng Gruusias 40 aasta jooksul.

Kaks päeva töötasid neli sektsiooni: a) tervishoiu organiseerimise ja perspektiivse planeerimise alal; b) meditsiini ajaloo alal; c) sanitaarstatistika alal; d) tervishoiuorganisatsiooni õpetamise alal. Sektsioonides kuulati ära 24 ettekannet.

Tervishoiuorganisatsiooni sektsioonis arutati järgmisi küsimusi: nõukogude tervishoiu planeerimise põhetappidest 40 aasta jooksul ja NSV Liidu tervishoiutöö arendamise perspektiivplaanist (aastatel 1959 kuni 1965), milles on ette nähtud raviasutuste võrgu ja meditsiinikaadri tunnustav juurdekasv.

Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituut esitas rea ettekandeid Instituudi poolt väljatöötatud normatiividest tööstuse põhiharude ning põllumajandustöölise meditsiini- ja profülaktika- ning sanitaar- ja epideemiatõrjealase teenindamise kohta.

Statistikasektsioonis kuulati järgmisi ettekandeid: «Sanitaarstatistika olukorrast ja ülesannetest» ning «Tervishoiualased ülesanded ja organisatsioon seoses rahvaloendusega».

Meditsiini ajaloole ja selle üksikutele aladele ning meditsiini ajaloo ja tervishoiuorganisatsiooni õpetamisele oli pühendatud 12 ettekannet.

Ettekandeile järgnesid elavad sõnavõttud. Üldse võttis sõna 124 inimest. Sõnavõtjad rääkisid nõukogude tervishoiu ja arstiteaduse saavutustest. Samal ajal kritiseeriti teravalt puudusi, mis takistavad meie arengut.

Sessioon lõppes plenaaristungiga, kus võeti kokku sektsioonide töötulemused. Sessioonist osavõtjad märkisid sessiooni head organisatsioonilist külge ja osavõtjate suurt aktiivsust. Sessioon võttis vastu põhjaliku otsuse. Järgmine N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituudi sessioon otsustati läbi viia 1959. aastal Leningradis.

A. Nordberg

Koolihügieeni konverentsist Moskvas

Vene NFSV Pedagoogikateaduste Akadeemia Kehalise Kasvatuse ja Koolihügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi korraldusel toimus Moskvas k. a. 4.—7. veebruarini konverents koolihügieeni küsimuste alal.

Seoses viimasel ajal pidevalt suureneva tähelepanu pööramisega kasvava sugupõlve õigele füüsilisele ja neuropsüühilisele arendamisele, üldise keskhariduse rakendamisele, polütehnilise õpetuse juurutamisele, internaatkoolide rajamisele jt. ulatuslikele üritustele, oli sel konverentsil eriline tähtsus.

Konverents toimus sektsioonideta, kusjuures päevad olid temaatilised. Esimese päeva ettekanded olid pühendatud polütehnilise õpetuse hügieeni küsimustele; teise päeva ettekanded õpilaste päevarežiimile ja selle mõjule õpilaste kõrgema närvitalitluse seisundile, töövõimele ning füüsilisele arengule; kolmanda päeva ettekanded olid pühendatud laste füüsilisele arengule ning tervislikule seisundile ja neljanda päeva ettekanded — koolide, internaatkoolide jt. lasteasutuste ning lastemööbli projekteerimisele.

Väga elavaks kujunesid sõnavõttud uute koolimajade projekteerimise küsimuses, kusjuures rõhutati vajadust kohalike tüüpprojektide väljatöötamiseks. Tüüpprojektide väljatöötamisele peab aga eelnema laialdane eksperimentaalne koolimajade ehitamine parimate ja tegelikkuses läbi proovitud lahenduste leidmiseks. Esitati mõnedki huvitavad, seejuures ka esteetiliselt viimisteldud ning läbimõeldud ja üldist heakskiitu leidnud internaatkoolide ja nn. pikendatud päevaga koolide projektid.

Väga elavad ja teravalt kriitilised vaidlused järgnesid Vene NFSV Pedagoogikateaduste Akadeemia korrespondeeriva liikme S. Šapovalenko ettekandele uue õppeplaani kohta. See õppeplan on 50-s Vene NFSV koolis juba rakendamisel (1—2 aasta võrra pikendatud õppeaeg koos tootmisalase tööga).

Paljud sõnavõtjad rõhutasid, et hoolimata koolihügieeni edusammudest on see distsipliin meil maha jäänud võrreldes meditsiini teiste harudega. Kooliarstid on tööga üle koormatud, kooliarstide koolihügieenialased teadmised pole küllalt kõrged, kontakt nende ja pedagoogide vahel on nõrk, väga madal on pedagoogide kvalifikatsioon koolihügieenialastes küsimustes, seepärast on sanitaar- ja hügieenialased teadmised madalad ka õpilastel. Olgu märgitud, et võrreldes Eesti NSV-d meie lõunanaabrite Läti ja Leeduga, oleme me sel alal maha jäänud — leedulased on lisaks vastavale uurimistööle jõudnud isegi kohaliku koolihügieeni õpiku väljaandmiseni, meie oleme alles tagasihoidlikult alustamas koolihügieeni-alaseid uurimusi.

Tõsteti üles vajadus kohalike ja uute normide väljatöötamiseks, laste füüsilise ja vaimse arenemise uurimiseks tihedas seoses keskkonnaga, rakendades seejuures hoopis suuremal määral õpilase põhjaliku individuaalse uurimise meetodit. Märgiti ka mõningat metoodilist mahajäämust uurimustes, kõrgema närvitalitluse objektiivse uurimuse liiga vähest rakendamist ja tendentslikkust I. P. Pavlovi õpetuse käsitamisel ning kaugenemist tema metoodilistest tõdedest. Rõhutati vajadust koolihügieeni edasiseks «füsiologiseerimiseks», s. o. lähendamiseks füsioloogiale (akad. A. Markosjan). Siinjuures toonitati sellist fakti, et ei Meditsiiniteaduste Akadeemia ega Tervishoiu Ministeeriumi alluvuses pole Nõukogude Liidus ikkagi veel loodud (kuigi see on aastaid päevakorras) spetsiaalset koolihügieeni uurimise instituuti. On loota, et see küsimus laheneb lähemas tulevikus positiivselt. Palju räägiti õpilaste ülekoormatusest, eriti kodus, õpilaste halvast kehahoiakust, lühinägelikkusest ja selle vältimise vajadusest.

Eeloleval sügisel NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juures toimuv teadusliku ning organisatsioonilise iseloomuga koolihügieeni konverents võib-olla lahendab nii mõnegi valusa probleemi sel alal.

R. Silla

NSV Liidu Farmatseutide Seltsi pleenum

3.—7. veebruarini 1958. a. toimus Moskvas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi konverentside saalis Üleliidulise Farmatseutide Seltsi juhatause laiendatud pleenum, millest võtsid osa ka NSV Liidu farmaatsia-instituutide, meditsiiniinstituutide farmaatsiateaduskondade ja farmaatsiaalaste teadusliku uurimise asutuste esindajad.

Pleenumil arutati järgmisi ettekandeid:

1. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi apteegiala peainspektor A. Stetsjuk «NSV Liidu apteegiala arenemise perspektiividest».

2. NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja M. Homutov «Teadusliku uurimistöö seisukord kõrgemates farmaatsiaõppeasutustes ning apteegiala teadusliku uurimise asutuste töö ja nende ülesanded».

3. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Kaadri ja Õppeasutuste Valitsuse ülem V. Baltiiski «Rohuteadlaste kaadrist».

4. Üleliidulise Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuse esimees professor I. Muravjov «NSV Liidu Farmatseutide Seltsi tegevusest».

5. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiiniliste Preparaatide Valitsuse ülem A. Natradze «Farmatseutilise keemiatööstuse arenemisest NSV Liidus».

Peale ülalmainitute kuulati veel rida ettekandeid.

Pleenum andis üksikasjalise ülevaate apteegiala seisukorrast Venemaal enne revolutsiooni ja apteekidevõrgu arenemisest Nõukogude võimu aastail.

Näiteks oli 1914. aastal tsaristlikul Venemaal 4900 apteeki. Neist Kasahstanis 20 apteeki, Tadžikistanis — 15, Armeenias — 7, Kirgiisias — 3, Turkmeenia territooriumil aga ei olnud ühtegi apteeki.

Linnades teenindas üks apteek keskmiselt 10—11 000 elanikku, Kesk-Venemaa maakondades 119 000—120 000, Kesk-Aasias aga teenindas üks apteek 430 000 elanikku.

Apteegivõrgus töötas kokku 11 000 farmatseuti ja 4600 apteegiõpilast. Farmatseutide kaadri ettevalmistamiseks töötasid apteekides õpilased, kes õppeaja lõpul sooritasid vastavad eksamid. Selle tõttu oli farmatseutide ettevalmistamine nõrk.

Farmaatsiaalast tööstust Venemaal tegelikult ei olnud. 60 kuni 70 protsenti ravimitest toodi välismaalt.

Nõukogude võimu aastail arenes ka apteekide võrk koos tervishoiu arenemisega ning raviasutuste, sanatooriumide, puhkekodude ja lasteaedade arvu kasvamisega. Juba 1940. aastal oli NSV Liidus 9723 apteeki ja 13 800 apteegipunkti. Hakati organiseerima meditsiinilise instrumentaariumi ja -sisseseade kauplusi.

Meie maal toodab praegu suur hulk tehaseid ja vabrikuid ravimeid, meditsiini-instrumente ja -sisseseadeid.

Farmatseutide ettevalmistamiseks oli meil juba 1940. a. 10 farmaatsiainstituuti, kus õppis 4500 üliõpilast, ja 65 farmatseutide kooli 17 800 õpilasega.

Ravimite tootmise laiendamine ja apteekides valmistatavate ravimite hulga järsk suurenemine nõudsid kvaliteedi kontrollimise süsteemi loomist. Lühikese aja jooksul loodi kontroll-analüütiliste laboratooriumide võrk.

Pleenumil võeti vastu konkreetne otsus elanikkonna medikamentosse teenindamise parandamiseks.

M. Vološin

Uut täiendust kaadrile

5. märtsil s. a. lõpetas Tartu Riiklikus Ülikoolis oma töö komisjon, mis määras 1958. a. arstiteaduskonna lõpetajad töökohtadele. Rõhuv enamus, s. o. 121 arsti, (kokku lõpetas 143 inimest) määrati tööle Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ravi- ja profülaktikaasutustesse.

Vaatamata sellele, et Eesti NSV omab Nõukogude Liidus ühe esimestest kohtadest arstide arvu poolest, tuntakse reas vabariigi maarajoonides arstidest veel puudust, näiteks Hiiu- ja Orissaares, samuti põlevkivibasseinis ja Narvas. Lähtudes sellest kindlustas lõpetajate töökohtadele määramise komisjon Tartu Riikliku Ülikooli prorektori I. Sildmäe juhtimisel ja arstiteaduskonna dekaani A. Linkbergi aktiivsel osavõtul lõpetajate suunamise maale, eriti Saare- ja Hiiu- maale ning põlevkivitööstuse keskustesse. Lõpetajaid suunati Kingissepa, Orissaare, Hiiu- ja Mustvee ja Lihula rajoonide kõikidesse maa-arstijaoskondadesse. Augusti- kuus saab Hiiu- ja Lihula rajoon kokku 5 arsti, Kingissepa rajoon 7 arsti, Orissaare 4 arsti, Jõhvi rajoon 10 arsti, Narva 13 arsti, Kohtla-Järve 4 arsti jne. Arstide täiendust saab ka Tallinn. Töökohtadele määramisele eelnes laialdane selgitustöö lõpetajate hulgas, nii dekanadi ja pedagoogilise personali poolt kui ka partei ja kommunist- like noorte organisatsiooni poolt. Selgitustöö andis oodatud tulemusi: lõpetajad näi- tasid üles kõrget distsipliinitunnet ja olid teadlikud ülesannetest, mis neil tuleb lahendada, võttes endale arsti austatava ja humaanse kohustuse. Paljud lõpetajad avaldasid ise initsiatiivi kohtade valimisel vabariigi kaugematesse rajoonidesse ja tööstuskeskustesse, näiteks valis lõpetaja E. Türi endale maa-arstijaoskonna juha- taja koha Hiiu-Käinas, sm. Aruvald Orissaares, seltsimehed Orasmäe ja Luide soovisid töötada Ahtmes. Maa-arstijaoskonna juhatajateks Saaremaale sõidavad sm. Teetsov (Vana-Lõve arstijaoskonda), Kallau (Kihelkonna arstijaoskonda), Kübarsepp (Mustjala arstijaoskonda).

Praegu kasutavad kõik lõpetajad riigieksamiteni jäänud aega praktilisteks töödeks kliinikutes, vastavalt oma tulevasele erialale. Kohtadel aga, kus oodatakse noorte spetsialistide saabumist, teevad tervishoiuorganid koos kohalike täitevkomiteedega ettevalmistusi, et luua neile vastavad töö- ja elutingimused.

Ei ole kahtlust, et noorte arstide uus täiendus parandab tunduvalt elanikkonna meditsiinialast teenindamist.

Nõukogude Punase Risti organisatsiooni 40-nda aastapäeva eel

Nelikümmend aastat tagasi jõudis marksistlike kontseptsioonide järgi toimuv ajaloo areng niikaugele, et Venemaal läks võim tööliiklasi kätte. Nõukogude riik arenes ja kindlustus ägedates võitlustes kapitalismi jäänustega Venemaal ning välis- maise interventsiooniga. Seoses võimu üleminekuga tööliste kätte tekkisid ka uut tüüpi ühiskondlikud organisatsioonid.

Üheks esimeseks ühiskondlikuks organisatsiooniks Nõukogude vabariigis oli Punase Risti Selts, mis arenes välja Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni kan- gelaslike lahingute päevil. Ühel ajal Punakaardi salkadega tekkisid Petrogradi tehaste ja vabrikute naistööstest sanitaarüksused, mis said aluseks Proletaarsele Punasele Ristile.

1918. aasta augustikuus määras Rahvakomissaride Nõukogu V. I. Lenini poolt alla kirjutatud dekreediga kindlaks Nõukogude Punase Risti ülesanded. 20. novemb- ril 1918. a. toimus Moskvaa Venemaa Punase Risti Seltsi liikmete esimene üldkoos- olek, kus võeti vastu põhikiri, valiti seltsi keskkomitee ja määrati kindlaks seltsi edasised ülesanded. Seda päeva on hakatudki märkima Nõukogude Punase Risti aasta- päevana.

Nelja aastakümne jooksul on Nõukogude Punane Rist võrsunud töötajate vaba- tahtlikuks massiorganisatsiooniks, mille liikmete arv ulatub käesoleval ajal üle 24 miljoni. Nõukogude Punase Risti organisatsioonid osutavad suurt abi tervishoiu- asutustele nende töös nõukogude inimeste tervise kaitse alal ja võitlevad aktiivselt koos teiste progressiivsete Punase Risti organisatsioonidega rahu ja rahvaste sõpruse eest kogu maailmas.

Nõukogude Punase Risti 40-nda aastapäeva tähistamiseks pöördus Leningradi linna Punase Risti Seltsi aktiiv kõigi NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside liikmete poole üleskutsega võtta vastu Nõukogude Punase Risti 40-ndat aastapäeva uute võitudega töös, arendada edasi liikumist kõrge sanitaarkultuuri eest töö juures ja kodus, abistada veel aktiivsemalt meditsiinitöotajaid sanitaar-tervistavates üritustes.

NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee presiidium kiitis oma istungil 11. detsembril 1957. a. selle leningradlaste üleskutse heaks ja otsustas Nõukogude Punase Risti 40-nda aastapäeva ettevalmistamise perioodil läbi viia seltside algorganisatsioonide üleliidulise ülevaatuse, mille eesmärgiks on tugevdada algorganisatsioone, laiendada agitatsioonitööd elanikkonna hulgas, suurendada seltsi liikmete arvu, tõhustada sanitaar-tervistavat ja sanitaarkaitsealast tööd.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidium otsustas Punase Risti Seltsi algorganisatsioonide ülevaatuse läbi viia alates 15. märtsist kuni 1. oktoobrini 1958. a.

Meditsiinitöotajate ja Punase Risti Seltsi aktivistide juhtimisel organiseeritakse sel perioodil laialdasi üritusi seltsi algorganisatsioonide töö aktiveerimiseks kõigi plaaniliste ülesannete täitmise alal, pöörates vajalikku tähelepanu massiliste sanitaarriksuste isikuliste koosseisude ja ühiskondlike sanitaarvolinike väljaõppele ning nende rakendamisele praktilisele tööle. Erilist rõhku tuleb panna massilise selgitustöö tugevdamisele elanikkonna hulgas vereülekande ja doonorluse tähtsusest, doonorite arvu suurendamisest, reservdoonorite üleviimisest aktiivseteks doonoriteks ning haigetele tasuta vereandmise organiseerimisest.

Tervishoiualaseid konverentse ja nõupidamisi 1958. aastal

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kolleegiumil 6. veebruaril 1958. a. vaadati läbi ja kinnitati 1958. a. jooksul toimuvate konverentside ja nõupidamiste plaan.

Plaanipärased konverentsid toimuvad järgmiselt:

1. Vabariiklik tuberkuloosialane konverents — aprillis;
2. Dermato-veneroloogide vabariiklik nõupidamine — aprilli lõpul;
3. Oftalmoloogide vabariiklik nõupidamine — mai esimesel poolel;
4. Vabariiklik otorinolarüngoloogide konverents — mais;
5. Vabariiklik neuroloogide ja psühhiaatrite konverents — juunis;
6. Vabariiklik stomatoloogide konverents — juunis;
7. Eesti NSV sanitaar- ja epidemioloogiaalal töötajate ning infektsionistide konverents — juunis;
8. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Nõukogu pleenum — septembris;
9. Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiiv — oktoobris;
10. Vabariiklik kirurgide konverents — novembris.

Teaduslike tööde vahetamisest välismaadega

Viimaste aastate jooksul on välismaa teadlased ja teaduslikud organisatsioonid ning asutused avaldanud erakordselt suurt huvi nõukogude arstiteadusliku kirjanduse vastu. Välismaadega raamatutevahetuse laiendamiseks andis NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium välja käskkirja, mis kohustas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilist Keskraamatukogu suurendama igat liiki arstiteadusliku kirjanduse vahetamist välismaade teaduslike asutuste ja muude organisatsioonide raamatukogudega. Ühtlasi kohustatakse liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumide õpetatud meditsiinilisi nõukogusid väljaannete temaatilise plaani kinnitamisel teatama oma otsus väljaannete välismaale saatmise võimaluse kohta ning kõiki teadusliku uurimise ja arstiteaduse instituute saatma oma väljaanded Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilisse Keskraamatukogusse välismaale saatmise otstarbel.

Samuti võivad kõik mainitud instituutide kaastöölised oma tööd välismaaga vahetamiseks saata Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilisse Keskraamatukokku ühes oma instituudi vastava otsusega töö välismaale saatmise otstarbekuse kohta.

Rahvademokraatiamaade teaduslike asutuste ja üksikute teadlastega vahetavad teadusliku uurimise ja arstiteaduse instituudid ning nende kaastöölised oma töid iseseisvalt.

Vahetamisele kuuluvad ajakirjad, monograafiad, mikrofilmid, teadusliku uurimise ja arstiteaduse instituutide ning arstide teaduslike seltside tööde kogumikud kui ka muud arstiteaduslikud ja tehnilised meditsiinialased tööd.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas hiljuti oma istungil tööstustes ja tervist kahjustavates tingimustes töötavate tööliste profülaktilise arstliku läbivaatuse seisukorda Tallinnas ja Tartus.

Kolleegium tegi kindlaks, et Tartu tervishoiuasutused täidavad rahuldavalt NSV Liidu tervishoiu ministri 1957. aasta 7. septembri käskkirja nr. 136-m. Tallinnas aga leidub puudusi selle käskkirja täitmisel. Töölised, kes kuuluvad perioodilisele arstlikule läbivaatusele oma kutseala tõttu või tööle võtmisel, ei ole kõik arvele võetud ja läbi vaadatud. Ka ei ole tehtud vajalikke uurimusi vastavalt käskkirja nr. 136-m lisale. Arstlikud läbivaatused ei toimu ühtse süsteemi järgi ning arstid ei tunne töötingimusi. Reas ettevõtetes, eriti polügraafiatööstuses, ei ole töö- ja sanitaartingimused rahuldavad. Tallinna linna tervishoiuosakond ja sanitaar-epidemioloogia jaam ei ole võtnud tarvitusele selle töö parandamiseks vajalikke abinõusid.

Kolleegium võttis vastu otsuse nende puuduste kõrvaldamiseks. Tallinna linna tervishoiuosakonnale tehti ettepanek koostada konkreetne ürituste plaan mainitud käskkirja täitmise tagamiseks. Ühtlasi töötavad Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut A. Gunter ja peardioloog S. Salzman välja organisatsioonilis-metoodilise juhendi arstlike läbivaatuste organiseerimise kohta.

V. Paškov NSV Liidu Ülemnõukogu saadik

16. märtsil k. a. valiti Tartu valimisringkonnas NSV Liidu Ülemnõukogu Rahvuste Nõukogu saadikuks Tartu Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri peaarst Vladimir Nikolai p. Paškov. V. Paškov on sündinud 11. juunil 1904. a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas õppis ta 1920.—1925. a.

Siinkohal olgu veel märgitud, et NSV Liidu Ülemnõukogu viienda koosseisu Liidunõukogusse valiti 25 ja Rahvuste Nõukogusse 17 meditsiinitöötajat. Nii valiti Liidunõukogusse NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia president A. Bakulev, Ukraina Teaduste Akadeemia president A. Palladin, NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Tuberkuloosi Keskinstituudi direktor S. Lebedeva jt. Läti meditsiinitöötajatest valiti NSV Liidu Rahvuste Nõukogusse Läti NSV Teaduste Akadeemia viitse-president A. Kirchenstein.

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

A. NORDBERG — Rajoonihaigla töö parandamisest	3
K. KÕRGE — Adrenokortikotroopse hormooni ja kortisooni rakendamise kohta kliinilises meditsiinis	9

Arstiteaduse teooria ja praktika

A. JANNUS — Antibiootikumidest põhjustatud komplikatsioonid	19
A. VAPRA — Antibiootikumide kasutamise komplikatsioonina tekkinud vistseraalse kandidamükoosi juhtudest	24
V. HIIE — Stomatoloogi ülesanded võitluses vähieelsete haigestumistega ja pahaloomuliste kasvajatega suuõõnes	27
V. KUUSIK — Emakakaela vähi kirurgilise ja kiiritusravi tulemused	32
E. KÄER-KINGISEPP ja M. EPLER — Pulsiaegade kõikumisest lapse- ja noorukieas	37
L. KERES — Looteas eksogeenseil põhjusil kujunenud patoloogias	46

A. НОРДБЕРГ — За улучшение работы районной больницы	3
К. КЫРГЕ — О применении адренокортикотропного гормона и кортизона в клинической медицине	9

Теория и практика медицины

A. ЯННУС — Об осложнениях, обусловленных применением антибиотиков	19
A. ВАПРА — О случаях висцерального кандидамикоза, возникающего как осложнение при лечении антибиотиками	24
В. ХИЙЕ — Задачи стоматологов в борьбе с предраковыми заболеваниями и злокачественными опухольями полости рта	27
В. КУУЗИК — Результаты хирургического и лучевого лечения рака шейки матки	32
Э. КЯЕР-КИНГИСЕПП и М. ЭПЛЕР — О колебании частоты пульса у детей и подростков	37
Л. КЕРЕС — О патологии внутриутробного периода, обусловленной внешними факторами	46

H. PETLEM — Apenditsiit lapseeas	51	X. ПЕТЛЕМ — Апендицит в детском возрасте	51
V. POKK — Istmikukõbru ostekondroopaatia juhtum	55	B. ПЫКК — Случай остеохондропатии седалищного бугра	55
P. ABRAMJANTS ja Š. GULORDAVA — Kirurgi taktika ägedate koletsüstiitide puhul	59	П. АБРАМЯНЦ и Ш. ГУЛОРДАВА — Тактика хирурга при оперативном лечении холециститов	59
A. SEPPO — Luu- ja liigesetuberkuloosi uuest ravimeetodist	63	A. СЕППО — О новом методе лечения костно-суставного туберкулеза	63
J. TSAPLINSKI — Gripi laboratoorsest diagnostikast hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni abil	65	E. ЧАПЛИНСКИЙ — О лабораторной диагностике гриппа при помощи реакции задержки гемагглютинации	65
L. PANT — Eesti NSV apteekide eks-temporaalse retseptuuri komplitseeritusest	69	Л. ПАНТ — О рецептуре аптек Эстонской ССР	69
Uusi ravimeid		Новые медикаменты	
I. PODOLSKI — Andmeid mõnedest ravimpreparaatidest	73	И. ПОДОЛЬСКИЙ — Данные о некоторых лекарственных препаратах	73
Tervishoiu organisatsioon		Организация здравоохранения	
A. MULLER — Eesti NSV tervishoiuvõrgu arendamise põhisuundadest	75	A. МУЛЛЕР — Об основных принципах развития здравоохранения в Эстонской ССР	75
Abiks velskritele ja õdedele		В помощь фельдшерам и медсестрам	
A. SARAP — Velskri-ämmaemanda-punktide töö parandamisest	79	A. САРАП — Об улучшении работы фельдшерско-акушерских пунктов	79
H. PIHL — Pisikukandmisest	82	X. ПИХЛ — О бациллоносительстве	82
N. BOGOLEPOV — Haigete põetamine (ref. H. Roots)	86	Н. БОГОЛЕПОВ — Об уходе за больными (реф. Х. Роотс)	86
Kogemuste vahetamine		Обмен опытом	
T. FUKS — Roela maa-arstijaoskonna tööst	90	T. ФУКС — О работе Розлаского сельского врачебного участка	90
A. SAAR — Saue velskri-ämma-emandapunkti tööst	92	A. СААР — О работе Сауэского фельдшерско-акушерского пункта	92
Konverentsid ja nõupidamised		Конференции и совещания	
J. ENNULO — Pirogovi lugemised 1957. a.	93	Ю. ЭННУЛО — Пироговские чтения в 1957 г.	93
A. GAVRILOV — Teine üleliiduline onkoloogide konverents	95	A. ГАВРИЛОВ — Вторая Всесоюзная конференция онкологов	95
A. NORDBERG — N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Instituudi kolmas teaduslik sessioon	97	A. НОРДБЕРГ — Третья научная сессия Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко	97
R. SILLA — Koolihügieeni konverents Moskvast	99	R. СИЛЛА — Конференция по школьной гигиене в Москве	99
M. VOLOSIN — NSV Liidu Farmatseutide Seltsi pleenum	100	М. ВОЛОШИН — Пленум общества фармацевтов СССР	100
Kroonika		Хроника	
Uut täiendust kaadritele	101	Новые кадры	101
Nõukogude Punase Risti 40-nda aastapäeva eel	101	Перед 40-й годовщиной Советского Красного Креста	101
Konverentse ja nõupidamisi 1958. a. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis	102	Конференции и совещания по министерству здравоохранения Эстонской ССР	102
Teaduslike tööde vahetamisest välismaadega	102	Об книгообмене с зарубежными странами в области медицины	102
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis	103	В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР	103
V. Paškov NSV Liidu Ülemnõukogu saadik	103	Избрание врача В. Пашкова депутатом Верховного Совета СССР	103

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

**F. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.**

3
*Mai
Juuni*

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1958

Журнал
«Здравоохранение Советской Эстонии»
Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР
На эстонском языке

Ladumisele antud 10. V 1958. Trükkimisele antud 14. VI 1958. Trükiarv 3500. Paber 70×108 $\frac{1}{16}$. Trükipoog-
naid 5. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspoognaid 7,1. Tellimise nr. 1171. MB 05201.

Trükikoda „Pioneer“, Tartu, Kastani tn. 38

Hind 4 rubla

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

MAA-ARSTIJAOSKOND

A. Nordberg,

meditsiiniteaduste kandidaat,
Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja

Maal on peamiseks meditsiini- ja sanitaaralase teenindamise asutuseks arstijaoskond, mille töö on ulatuslik ja mitmekülgne. Maa-arstijaoskonna ülesandeks on haigete ambulatoorne ja statsionaarne ravi- mine, sünnitusabi andmine, laste ravi- ja profülaktikaalne teenindamine, plaanipärane sanitaar-, profülaktika- ning epideemiatõrjealane töö. Par- tei poolt viimastel aastatel rakendatud abinõud kolhoosikorra edasiseks kindlustamiseks ja põllumajanduse kõrgele tasemele tõstmiseks löid sood- sad tingimused maa-arstijaoskonna edukaks tegevuseks. 1957. aasta jook- sul paranes Eesti NSV-s maaelanikkonna meditsiinialane teenindamine. Vabariigis on 107 maa-jaoskonnahaiglat ja ligi 50 linna- või rajooni- haigla ümbruse arstijaoskonda. Paljud viie voodikohaga haiglad on ümber organiseeritud kümne ja enam kohaga haiglateks. Velskri-ämmaemanda- punktide arv tõusis kuni 200-ni.

Nii linnades kui ka maarajoonide keskustes asuvad rajoonihaiglad parandasid oma tööd nende ümbruses asuvate arstijaoskondade elanik- konna teenindamisel.

Paranenud on ka maaraviasutuste varustatus transpordiga ja meditsiinilise sisseseadega. Rida rajoonihaiglaid parandas maa-arstijaos- kondade juhtimist. Maajaoskonna töö ei ole siiski veel vajalikul kõrgu- sel. Mitte kõik rajoonihaiglad ei täida veel oma ülesandeid jaoskonna- haiglate suhtes organisatsioonilis-metoodilise ja ravi-konsultatiivse keskusena. Praktikas esineb veel igas rajoonis fakte, kus võrdsetes tin- gimustes üks jaoskonnahaigla töötab hästi, teine aga halvemini.

Meie vabariigis täidavad paljud maa-arstijaoskonna arstid kohuse- truult neile pandud ülesanded. Allpool toome mõned näited.

Enne nõukogude korra kehtestamist pidid Rakvere rajooni Viru- Roela ümbruse elanikud arstiabi saamiseks minema maakonnalinna. Nüüd on neil oma hästisisustatud jaoskonnahaigla (jaoskonnaarst T. Fuks). Selle arstijaoskonna kollektiiv alustab kolhoosnikute dispan- seerimist juba talvekuudel. Kevadiste põllutööde alguseks on Roela arstijaoskonna kõikides kolhoosides meditsiiniliselt läbi vaadatud kõik sagedasti ja kestvalt põdejad. Dispanseeritud on möödunud aastal 120 inimest, neist umbes 60 on saanud statsionaarset ravi.

Roela maa-arstijaoskond pöörab suurt tähelepanu põllumajandus-liku traumatismi küsimustele. Möödunud talvel õpetati keskhäridusega meditsiinipersonalile traumatoloogia aluseid, kipssidemete ja lahaste tegemist jne. Mehhanisaatoritele organiseeriti ohutustehnika seminar. Selle tagajärjel ei olnud jaoskonnas möödunud aastal ühtegi tõsist põllu- majanduslikku traumat.

Hea kuulsusega on Põlva rajooni Ahja jaoskonnahaigla ja arstijaos- konna juhataja N. Pihlapuu, kes töötab sellel kohal 11 aastat. Oma tähelepanelikkuse ja vastutulelikkusega on ta võitnud elanikkonna lugu-

pidamise. N. Pihlapuu on eeskujulik organisaator. Kolhooside ja masina-traktorijaamade abiga laiendas ta haiglat ja korrastas selle ruumid ning ümbruse.

Hästi töötavad ka Jõhvi rajooni Iisaku maahaigla meditsiinitöötajad (juhataja M. Smirnova). Siin on pasportiseeritud kõik kolhoosid, hästi on korraldatud profülaktikaalane töö, iga aasta täidetakse profülaktiliste kaitsesüstimiste plaan, ravimenetlused statsionaaris on õigesti organiseeritud.

Elva rajooni Rõngu maa-arstijaoskonna (juhataja A. Lääne) töötajad teevad kindlaks kolhoosnikute haigestumise varajases staadiumis. See võimaldab õigeaegselt anda arstiabi ja vältida nakkushaiguste edaspidist arenemist. Profülaktiliste kaitsesüstimiste plaan on täidetud. Noor arst A. Lääne on osanud lühikese ajaga haigla kollektiivi töö hästi korraldada.

Samuti on hästi organiseerinud ravi- ja profülaktikaalase töö oma jaoskonnas Kuusalu maa-arstijaoskonna juhataja E. Koppel. Ta on kasvatanud hea sanitaaraktiivi, kelle abil on likvideeritud sooltenakkused.

Nõrgalt töötavad kolhoosnikute teenindamisel veel näiteks Lihula ja Põltsamaa rajooni arstijaoskonnad, kus dispanseerimist peaaegu ei ole ja kus kogu profülaktikaalane töö on nõrk. Samasugune olukord on Viivikonnas (arst S. Kedrinski) ja Viljandi rajooni Tänassilma maa-arstijaoskonnas (arst J. Meiessaar).

Uutes tingimustes, seoses masina-traktorijaamade ümberkorraldamisega ja tunduva hulga traktoristide, kombainrite, inseneride, agroomide ning zootehnikute üleminekuga kolhoosidesse, tõuseb maa-jaoskonnahaiglate osatähtsus, muutuvad keerukamaks nende ülesanded ja suureneb töömaht. Nad on kutsutud mitte ainult üle võtma vaid ka laiendama kogemusi mehhanisaatorite ja põllumajanduse eriteadlaste ravi- ning profülaktikaalasel teenindamisel.

Jaoskonnahaiglad koos velskri-ämmaemandapunktide võrguga on meditsiini- ja sanitaarasutuste esimeseks astmeks maal. Kuid peab mainima, et Eesti NSV-s on paljud rajoonihaiglad ja ka mõned tervishoiu ministeeriumi töötajad lubamatult nõrgendanud tähelepanu maa-arstijaoskonna töö suhtes ning tegelevad vähe selle arendamise küsimustega. On veel küllalt jaoskonnahaiglate ruume, mis ei vasta sanitaar-hügieenilistele normidele, mõned raviasutused ei ole arstidega komplekteeritud, maa meditsiinitöötajate igapäevastesse tarvidustesse suhtutakse sageli ükskõikselt.

Uued ülesanded, mis tulenevad NSV Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee veebruaripleenumi otsustest, nõuavad vastutuse tõstmist maa-arstijaoskondade meetoodilise juhtimise küsimustes. Rajoonihaiglate spetsialistid peavad maa-arstidel aitama nende tööd õigesti organiseerida, omandada mehhanisaatorite ja teiste kolhoositöötajate dispanseerse teenindamise meetodit, otstarbekalt lahendada profülaktika ja töötingimuste edasise parandamise probleeme.

Kõige täielikumat arstiabi saab maaelanikkond linna- ja rajoonihaiglate juurde kinnistatud jaoskondades (Eesti NSV-s elab linna- ja rajoonihaiglate ümbruse arstijaoskondades peaaegu üks kolmandik vabariigi maaelanikkonnast). Nende jaoskondade elanikkond saab spetsialiseeritud ja kvalifitseeritud arstiabi linna- ja rajoonihaiglates võrdsel alusel linnaelanikega.

Iga aastaga suureneb vabariigis linna- ja rajoonihaiglate ümbruse maa-arstijaoskondade arv. Teede hea olukord, sanitaartranspordivahendite arvu suurenemine ja rajoonihaiglate võimsuse kasv võimaldavad maaelanikkonnale spetsialiseeritud meditsiinilist abi veel rohkem lähendada. Linna- ja rajoonihaiglate tegevusraadiuse laienemisega avanevad võimalused väikeste 5- kuni 10-voodiliste haiglate likvideerimiseks või nende organiseerimiseks velskri-ämmaemandapunktideks.

Vabariigi 13 linna- ja 26 rajoonihaigla 1957. aastal tehtud töö analüüsimine näitas, et linna- ja rajoonihaigla ümbruse arstijaoskondades toimus dispanseerimine edukamalt kui teistes maa-arstijaoskondades. Uutest registreeritud haigetest on arvele võetud (protsentides)

	Linna- või rajoonihaigla ümbruse jaoskondades	Maa-arstijaoskondades
a) reumatism	58,6	35
b) infarkt	50	24,4
c) hüpertooniatõbi	54,1	39,3
d) krooniline gastriit	19	22,3
e) haavandtõbi	63,3	54,7

Viimastel aastatel iseloomustab tervishoiu arenemist maal üleminek passiivse meditsiinialase teenindamise vormidelt aktiivsele haiguste väljaselgitamisele nende varajastes staadiumides.

Mitte kõik rajoonihaiglad ei täida veel maa-jaoskonnahaiglate suhtes organisatsioonilis-metoodilise ja meditsiinilis-konsultatiivse keskuse ülesannet. 1,5 kuni 2 kuu jooksul on kõik rajoonihaigla spetsialistid kohustatud külastama iga arstijaoskonda. Nende saabumise päevast tuleb jaoskonnaarsti varakult informeerida, et ta saaks haigeid õigeaegselt konsultatsiooniks ette valmistada ja välja kutsuda.

Paiknedes asulate lähedal on jaoskonnahaigla kättesaadav kõigile. Hästi töötav kümne voodikohaga haigla õigustab ennast. Kolhoositalurahva kasvav kultuuritase annab maa-jaoskonna arstile uusi ja keerukaid ülesandeid. Maaelanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteedi ja kultuuri tõstmine muutub aktuaalseks päevaküsimuseks.

Ambulatoorset abi saab elanikkond arsti-, velskri- ja velskri-ämmaemandapunktides. Velskri-ämmaemandapunkt on maa-arstijaoskonna esimeseks lüliks, mis töötab arstijaoskonna juhataja poolt kinnitatud plaani järgi. Velsker annab esmaabi, viib arsti määramisel läbi ravikuure, teeb elanikkonna hulgas sanitaar-profülaktist ja epideemiatorje tööd, võtab haigeid vastu ja kirjutab neile ravimeid, organiseerib Punase Risti aktiivi ja teeb sanitaarharidustööd. Arstijaoskonna juhataja hoolitseb süstemaatiliselt velskrite kvalifikatsiooni tõstmise eest.

Eesti NSV-s tõuseb pidevalt velskrite, ämmaemandate ja meditsiiniõdede arv ning käesoleval ajal võib komplekteerida kõik vastavad ametikohad keskharidusega meditsiinitöötajatega. E. Ornšteini andmetel annavad 50% ulatuses esmaabi velskrid ja ainult 22—27% arstid. Sellest järeldub vajadus kõigiti tõsta velskrite kvalifikatsiooni ka traumatoloogia alal, eriti jaoskonnahaiglas.

Eesti NSV jaoskonnahaiglates on 2—3 voodit sünnitajatele, nende koormus aastas on 80,5 päeva, kusjuures kohapeal hospitaliseeritakse umbes 30%, sünnitajatest.

Mõned rajoonid hakkasid sünnitajatele määratud voodikohti andma terapeutilistele haigetele. Masina-traktori jaamade ümberkorraldamise ja kolhooside materiaalse baasi tugevnemisega jääb suur osa noori kolhoosidesse ning spetsialistide suunamine maale tõstab tunduvalt maaelanikkonna rasedust- ja sünnitusealiste arvu, suurendab sündimust ja kahtlemata tõuseb sünnitajatele määratud voodite koormus maahaiglates.

Olemasolev voodikohtade arv jaoskonnahaiglates võimaldab jaoskonnast vastu võtta kõiki sünnitajaid. Rasedate statsionaarne teenindamine peab olema hästi korraldatud.

Vabariigi maahaiglates juurutatakse aeglaselt praktikasse arstiteaduse saavutusi, eriti aga sünnitamise valutustamist. Mitte igas sünnitusosakonnas pole sanitaarsõlmi ning sünnitajaid võetakse haiglasse

ilma sanitaarkorrustuseta. Igas jaoskonnahaiglas peab olema eri dušš sünnitajate jaoks. Haiglates, kus veevärk puudub, tuleb selline dušš korraldada teisel teel.

Lastekaitse on maa-arstijaoskonna tähtis tööloik. Eesti NSV-s on maal lapsi 23,4% elanikkonna arvust. Maa meditsiinitöötajad peavad hästi tundma pediaatria peamisi alasid, nagu laste füsioloogiat, toitmist, nende eest hoolitsemist ja nende kasvatamist, mao- ja sooltehaigusi, pneumooniat, laste nakkushaigusi, rahhiiti, hüpotroofiat jt., ning nende haiguste profülaktikat, diagnoosimist ja ravi.

Paljude maajaoskondade meditsiinitöötajad on nendes küsimustes veel nõrgalt ette valmistatud ja varaealiste laste profülaktikaalane teenindamine on veel puudulik. Paljudes kohtades ei ole lapsed arvele võetud vastavalt vanuserühmadele. Nende profülaktiline süstimine ei toimu õigeaegselt ning küllalt kvaliteetselt. Laste patroneerimine mõnedes jaoskondades ei vasta ülesannetele ega täida sellega oma eesmärki.

Sünnituseelse profülaktika eest vastutab maa-arstijaoskonnas ämmaemand, jälgides rasedate naiste tervist. Patronaaziõde ja ämmaemand patroneerivad rasedaid, nad jälgivad pidevalt rasedaid viimastel raseduskuudel, valmistavad neid ette sünnitamiseks ning vastsündinu eest hoolitsemiseks. Sünnitanu peab viibima sünnitusosakonnas mitte vähem kui 8 päeva. Enne väljakirjutamist sünnitusosakonnast patronaaziõde «võtab vastu» lapse haigla ämmaemandalt ja pärast hoolikat järelevaastust teeb vastava märkuse sünnitusloosse. Patronaaziõde koostab lapse külastamise plaani esimese eluaasta jooksul, mis näeb ette külastamisi umbes 1 kord kuus, teisel eluaastal — 4—5 korda ja kolmandal eluaastal — 3 korda aastas. Iga rajoonihaigla sünnitusosakonnast väljakirjutatud lapse kohta saadetakse andmed vastavasse velskri-ämmaemandapunkti.

Arvestust laste külastamise kohta esimesel eluaastal peetakse jaoskonnahaiglas ja velskripunktides. Selleks on eri žurnaal, kuhu registreeritakse öe plaanilised ja plaanivälised külastused ning rakendatud profülaktilised menetlused. Kokku planeeritakse lapse esimesel eluaastal 17 külastust NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi instruksioonis ettenähtud tähtaegadel arvestades ka kaitsesüstimisi. Patronaaziõde valve all võib olla umbes 100 last.

Arstijaoskondade ja velskri-ämmaemandapunktide meditsiiniõed ning velskrid peavad süstemaatiliselt tõstma oma kvalifikatsiooni pediaatria alal, õppima antropomeetriliste mõõtmiste, kaalumise, kasvust ja kaalust kõrvalekaldumiste tabelite kasutamist, neile tuleb korraldada konverentse laste toitmise, füüsilise arenemise ja kasvatamise küsimustes, mao- ja sooltehaiguste tõrje ja pneumooniaalastes küsimustes.

Mida rohkem teadmisi omandab jaoskonna meditsiinipersonal pediaatria alal, seda paremini mõistab ta laste psüühilise ja füüsilise arenemise jälgimise vajadust. Selle tagajärjel tõuseb ka emade sanitaarkultuur, nende teadlikkus laste kasvatamisel ja nende eest hoolitsemisel. Samuti väheneb ka laste haigestumus ja suremus.

Linna- ja rajoonihaigla ümbruse jaoskondades teenindab lapsi ainult 29 arstijaoskonda, kus on arvel 888 vastsündinut ja 951 kuni ühe aasta vanust last. Vastsündinute arstlik patroneerimine 3 päeva jooksul pärast haiglast lahkumist on mõnes rajoonis hästi organiseeritud: Raplas hõlmab see vastsündinutest 87,5%, Antslas — 96,1% ja Otepääl — 90%. Vastsündinuid ei teenindata üldse Keila, Kunda, Viljandi, Mustla, Jõhvi ja Sindi ümbruse jaoskondades. Tartu ja Tallinna ümbruses on laste teenindamine nõrk.

Üldine laste arv, kelle arenemist jälgivad arstid, vähenes 1957. aastal kuni ühe aasta vanuste osas 387 ja kuni 3 aasta vanuste laste osas 1343 lapse võrra. Need lapsed on üle antud velskri-ämmaemandapunktide teenindamisele. Laste profülaktiline teenindamine on halvenenud,

profülaktiliste külastuste arv on vähenenud ja moodustab 9 külastust iga ühe kuni kolme aasta vanuse lapse kohta.

Nõukogude tervishoiu profülaktiline suund kohustab arsti omistama tõsist tähelepanu kaitsepookimistele, elanikkonna dispanseerimisele, kolhoosnike töö- ja elutingimuste tervistamisele, profülaktilistele läbivaatustele ja sanitaarharidustööle.

Kuigi profülaktika on ka maa-arstijaoskonna igapäevase tegevuse aluseks, ei vähenda see veel sugugi ravi tähtsust, sest nende elementide seos kindlustab edu.

Individuaalset profülaktikat ei saa kollektiivsest profülaktikast lahutada, seepärast peab maajaoskonna arst võitlust haigestumuse ja suremuse vastu ning invaliidsuse vähendamiseks jaoskonna elanike hulgas. Ta likvideerib õigeaegselt ägedad nakkushaigused, jälgib asulate, ettevõtete ning elu- ja ühiskondlike ruumide sanitaarset seisundit, tõstab jaoskonna elanike sanitaarkultuuri igapäevases elus ja tööstuses, organiseerib elanikkonna meditsiinialast tegevust.

Maa-arstijaoskonnas viiakse sanitaar-profülaktilist ja epideemia-tõrje tööd läbi vastavalt vastuvõetud kompleksplaanile ühel või teisel perioodil jooksvate ülesannetena, olenevalt jaoskonna sanitaarseisundist.

Dispanseerimise juurdumine muutis põhjalikult jaoskonnahaiglate töö sisu ja vormi. See meetod vastab rohkem nõukogude tervishoiu profülaktilisele põhiprintsiibile. Dispanseerimise arendamine on põhikriteeriumiks maahaigla tegevuse hindamisel.

Maajaoskonna töös kasutatakse sageli ebaõigesti niinimetatud «profülaktikapäeva», mille mõned jaoskonnaarstid muutsid täiendavaks puhkepäevaks, jaoskonna personal aga kasutab seda samuti oma isiklikes huvides. Kas see tähendab, et profülaktikapäevi ei ole üldse vaja? Muidugi mitte! Kas tuleb loobuda «velskripäevast» ja «ämma-emandapäevast»? Õige organiseerimise puhul õigustavad sellised päevad end. Kuid paljudes rajoonides on ettevalmistus nendeks päevadeks nõrk.

Jaoskonnahaigla ambulatooriumi ja jaoskonna velskri-ämma-emandapunkti külastavad iga päev kümned, mõnikord aga sajad inimesed. Kui haige meditsiinilisel läbivaatusel avastatakse pedikuloos või teised antisanitaarsuse faktid, siis tuleb talle tõsiselt selgeks teha, et selline olukord on lubamatu, ning kontrollida nii haige enese kui ka temaga kokku puutunud isikute sanitaarkorrastamist.

Eriti tähtis on võitlus pedikuloosi vastu koolis. Kontrollimiseks tuleb kaasa tõmmata pedagooge ja kooliõpilasi. Pedikuloosi juhtudel tuleb laialdaselt kasutada selliseid efektiivseid vahendeid nagu DDT, heksaklooraan ja teised insektitsiidid preparaadid.

Nõukogude Liidus kasutatakse laialdaselt elanikkonna aktiivset immuniseerimist nakkushaiguste vastu. Jaoskonnaarst peab kindlustama selle täitmise vastavalt rajoonihaigla poolt kinnitatud kaitseüstimiste plaanis ettenähtud tähtaegadele. Igale keskarhidusega meditsiinitöötajale tuleb anda kindlad objektid ja asulad, kus ta peab rakendama vastavaid menetlusi. Profülaktiliste vaktsineerimiste tagajärjed sõltuvad selle läbiviimise kvaliteedist ja kaitseüstimisele kuuluvate isikute täielikust hõlmamisest.

Eesti NSV-s tuleb tõsist tähelepanu pöörata soolenugilistele. Nende tõrjeks tuleb rakendada kompleksseid üritusi nii profülaktika kui ka haigete ravimise alal, pidevalt võidelda maapinna ja vee saastumise vastu nügiliste munadega.

Põllutööde perioodil peavad jaoskonna meditsiinitöötajad oma tähelepanu suunama kolhoosnike teenindamisele võideldes tööjõu kaotamise vastu haiguste ja traumade tagajärjel.

Sügisel ja talvel peab organiseerima profülaktilisi järelevaatusi ja avastatud haiguste aktiivset ravimist.

Arvestades põllumajanduses keemiliste ainete laialdast kasutamist väetistena ja kahjurite ning taimehaiguste tõrjeks tuleb kontrollida kemikaalide säilitamiskohti ja tutvustada põllumajandustöötajaid mürgiste kemikaalide toimega inimestesse ning profülaktikaalaste abinõudega.

Kolhoosnikute haigestumistest ajutise töövõimekaotusega moodustavad tunduva hulga põllumajanduslike töödega seotud mädaste põletikuliste protsessidega tüsistuvad pisitraumad. Need tekivad katmata kehaosade vigastuste tagajärjel agregaatide töö ajal liikuvate osadega, samuti ka masinate remontimisel põllutööl ja töökodades ning põllutööriistadega külvi- ja lõikustööde perioodil (traktoristid, haakijad, ja kombainerid). Sõrmede ja kämbla sagedased mädanikulised protsessid tekiavad sageli pisitraumade tagajärjel, kuid õigeaegne ravimine võib vältida raskemaid tüsistusi.

Sanitaarharidustöö on võimas vahend võitluses elanikkonna sanitaarkultuuri pideva tõstmise, ühiskondliku ja isikliku profülaktika alal teostatavate ürituste maksimaalse efektiivsuse ja nakkushaiguste edasise vähendamise ning likvideerimise eest.

Meditsiinitöötajad on kohustatud alaliselt teostama massilist selgitustööd elanikkonna hulgas. Sanitaarharidustöö edu sõltub eelkõige sellest, kuidas meditsiinitöötajate kollektiiv on selleks tööks ette valmistatud ning kui tõsiselt tegeleb arst oma abiliste täiendamise ja kasvatamisega.

Organisatsioonilis-metoodilist tööd vabariigis teeb Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja. Jaoskonnas teostatava sanitaar-profülaktilise töö edukuse üheks tingimuseks on laialdase sanitaaraktiivi kasvatamine ja selle kaasatõmbamine võitlusesse sanitaarkultuuri eest. Igas kolhoosis peab olema aktiiv. Üheks kõige massilisemaks Punase Risti aktiivi organiseerimise vormiks on sanitaarpostid, mis luuakse kolhoosides, sovhooosides ja masina-traktorijaamades.

Sanitaarpostide töö tagajärjed sõltuvad sellest, kui suurt tähelepanu sellele osutavad meditsiinitöötajad. Iga sanitaarpost peab olema kinnistatud vastavalt oma asukohale kas velskri-ämmaemandapunkti või jaoskonnahaigla juurde, mille juhatajad on kohustatud kindlustama nende juhtimise ja hoolitsemise nende sanitaaralaste teadmiste tõstmise eest.

Сельский врачебный участок

А. Нордберг

Резюме

Медико-санитарным обслуживанием на селе занимается сельский врачебный участок. Объем его работы многообразен. Амбулаторная и стационарная помощь терапевтическим и инфекционным больным, родовспоможение, лечебно-профилактическая помощь детям, плановое проведение санитарно-профилактической и противоэпидемической работы — все это входит в круг обязанностей, возложенных на сельский врачебный участок. Принятые партией за последние годы меры по дальнейшему укреплению колхозного строя и высокому подъему сельского хозяйства создали благоприятные условия для успешной работы сельского врачебного участка. В течение 1957 г. обслуживание сельского населения Эстонской ССР улучшилось. В республике функционируют 107 сельских участковых больниц и около 50 приписных участков. Сеть фельдшерско-акушерских пунктов возросла до 200. Районные больницы как в городах, так и сельских районных центрах стали лучше обслуживать население приписных участков.

На территории этих участков проживает почти одна треть сельского населения республики.

Количество сельского населения приписных участков будет из года в год увеличиваться. Наличие хороших дорог, рост санитарного автотранспорта и мощности районных больниц позволят увеличить радиус обслуживания приписных участков, что даст возможность приблизить специализированную медицинскую помощь к тру-

женикам полей и, несомненно, приведет к тому, что маломощные 5—10-кочные больницы будут ликвидированы или реорганизованы в фельдшерско-акушерские пункты.

Анализ работы за 1957 г. 13 городских и 26 районных больниц республики показывает, что диспансеризация сельских жителей приписных участков проведена несколько успешнее, чем на сельских врачебных участках. Из числа всех вновь зарегистрированных больных взято на диспансерный учет (в % %):

	На приписных участках	На сельских врачебных участках
а) ревматизмом	58,6	35
б) инфарктом	50	24,4
в) гипертонической болезнью	54,1	39,3
г) хроническим гастритом	19	22,3
д) язвенной болезнью	63,3	54,7

В новых условиях, в связи с реорганизацией МТС и переходом на работу в колхозы значительной части трактористов, комбайнеров, инженеров, агрономов и зоотехников возрастает роль сельских участковых больниц, усложняются задачи и увеличивается объем их работы. Они призваны не только перенять, но и приумножить опыт преимущественного лечебного и профилактического обслуживания механизаторов и специалистов сельского хозяйства.

За последние годы развитие здравоохранения на селе характеризуется переходом от пассивных форм медицинского обслуживания населения к активному выявлению заболеваний в ранней их стадии, плановому оздоровлению заболевших, то есть к диспансеризации.

Внедрение диспансеризации коренным образом изменило содержание и формы работы сельских участковых больниц. Этот метод наиболее отвечает требованиям основного принципа советского здравоохранения — профилактики. Развитие диспансерного метода является основным критерием оценки деятельности сельской больницы.

Основное направление советского здравоохранения — профилактическое. Это обязывает врача уделять серьезное внимание вопросам оздоровления условий труда и быта колхозников, профилактическим осмотрам и санитарно-просветительной работе.

Профилактическое начало лежит в основе повседневной деятельности сельского участкового врача. Это отнюдь не умаляет роли лечебной медицины, а наоборот, только органическое сочетание обоих этих элементов медицинской деятельности может обеспечить успех.

Индивидуальная профилактика неотделима от коллективной: сельский врач ведет борьбу за снижение заболеваемости, смертности и инвалидности среди населения участка; предупреждение и своевременную ликвидацию острозаразных заболеваний; наблюдение за санитарным состоянием населенных мест, производственных, бытовых и общественных объектов; повышение санитарной культуры населения участка в быту и на производстве; организацию общественной самостоятельности населения.

Санитарно-профилактическую и противоэпидемическую работу на сельском участке необходимо проводить повсеместно в соответствии с принятым комплексным планом на тот или иной период, текущими заданиями и санитарным состоянием участка.

В Советском Союзе широко применяется активная иммунизация населения против отдельных инфекций. Эффективность профилактической вакцинации во многом зависит от качества ее проведения и полноты охвата лиц, подлежащих прививке.

Санитарное просвещение является могучим средством в борьбе за неуклонный подъем санитарной культуры населения, за максимальную эффективность проводимых мер общественной и индивидуальной профилактики, за дальнейшее снижение и ликвидацию инфекционных заболеваний.

Медицинские работники призваны постоянно проводить массово-разъяснительную работу среди сельского населения. Успех санитарного просвещения зависит прежде всего от подготовленности медицинского коллектива к этой деятельности, от того, насколько серьезно врач занимается образованием и воспитанием своих помощников.

В каждом колхозе есть свой актив. Одной из наиболее массовых форм организации актива Красного Креста являются санитарные уполномоченные и санитарные посты, созданные в колхозах, совхозах и МТС.

Работа санитарных постов во многом зависит от внимания, уделяемого им медицинскими работниками. Каждый санитарный пост должен быть прикреплен по месту своего нахождения к фельдшерско-акушерскому пункту или к участковой больнице, руководители которых обязаны обеспечить повседневное руководство ими, заботиться о повышении их санитарных знаний.

Südame ja veresoonte haiguste profülaktikast ja ravist

A. Gunter,

meditsiiniteaduste kandidaat, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut

Reumasse haigestumise juhtude arvu vähenemise tagajärjel meie vabariigis nihkusid esimesele kohale, eriti kesk ja vanemas eas, südame orgaaniliste haiguste ja vereringe puudulikkuse põhjustena ateroskleroos ja hüpertooniatõbi.

Vereringe puudulikkuse kui südame ja veresoontesüsteemi funktsionaalse häire põhjuseks on füsioloogiliste (kompensatoorsete) mehhanismide kurnatus, mille ülesandeks on kindlustada hemodünaamikat nii normaalses kui ka haiguslikus seisundis (eriti südame ja veresoontesüsteemi kahjustuse puhul).

Vereringe puudulikkuse staadiume ja tüüpe kirjeldame kokkuvõtlikult tabelites nr. 1 ja nr. 2.

Südame- ja veresoontehaiguste vältimisele, haigete ravimisele ja dispanseerisele teenindamisele ei omistata nõutavat tähelepanu. Südame- ja veresoonte haigete hospitaliseerimine ja statsionaarne ravimine ei ole meie vabariigis rahuldavalt organiseeritud. Haiglavoodite arv sisehaiguste ravimiseks ei ole küllaldane.

Uusi meetodeid nende haiguste ravimiseks antikoagulantide, ganglioblokeerivate vahendite (pentamiin), butadiooni, adrenokortikotroopse hormooni (AKTH), kortisooni jt. abil rakendatakse väga vähe.

Samuti ei pöörata nõutavat tähelepanu südame ja veresoonte haigusi põdejate ravimisele kuurortides ja sanatooriumides.

Profülaktika- ja raviabinõude kompleksis ei rakendata küllaldasel määral ravitoitlustamist ja ravikehakultuuri.

Sanitaarharidustöö südame- ja veresoontehaiguste vältimise alal on puudulik. Mainitud haigusi põdevad isikud tuleb välja selgitada meditsiinilistel järelevaatustel tööle võtmisel, tervistkahjustavate kutsealade tööliste, töölisnoorte jt. perioodilistel järelevaatustel ning kehakultuurlaste arstlikul kontrollimisel. Paremini peab organiseerima dispanseeritud haigete teenindamist jaoskonnaterapeutide ning tervishoiupunktide arstide poolt ambulatoorsel vastuvõtul ja kodustel visiitidel.

Kõik terapeudid peavad haigestunute õigeaegseks väljaselgitamiseks hoolikalt kontrollima esmakordselt arsti poole pöörduvaid haigeid, uurides südame- ja veresoontesüsteemi ja vaatamata haigestumise iseloomule ning vastavate näidustuste puhul saatma haiged konsultatsiooniks spetsialistide juurde.

Dispanseerimist vajavad haiged tuleb õigesti arvele võtta ja igaühele neist koostada ravi- ja profülaktikaalaste abinõude, õige töökorralduse, õigeaegse hospitaliseerimise, dieettoitlustamise, sanatooriumi- ja kuurordiravi, ravikehakultuuri jne. plaan. Igal aastal tuleb üldistada ja analüüsida dispanseerimise efektiivsuse tulemuste kohta saadud materjali ning arutada seda linna või rajooni teraapia- ja lasteosakondade arstide spetsiaalsetel nõupidamistel.

Hüpertooniatõve ja hüpertooniliste seisundite algstaadiumide väljaselgitamiseks on vaja kõikidel polikliiniku arstide poole pöördumatel haigetel mõõta arteriaalset vererõhku mitte vähem kui 1—2 korda aastas,

Vereringe puudulikkuse staadiumid

Staadiumid		Iseloomustus	Muutused süsteemides	Kliinilised nähud	Vajalikud ravi- ja profülaktikaalased abinõud	Märkused
I (latentne)		Vereringe puudulikkuse nähud ilmnevad ainult füüsilise koormuse puhul	Müokardi kompensatoorne düstroofia ja südameõõnte to-nogeenne dilatatsioon	Väsimus. Töövõime langus. Neurootilised nähud, unehäi-red. Köha, hingeldamine, möö-duv akrotsüanoos, mööduv raskustunne parema roide-kaare all, õhtuti esinevad sääre ja põia tursed (sõltu-valt vereringe puudulikkuse tüübist)	Kodustes tingimustes: töö ja puhkuse režiim, ratsionaalne toitmine, ravi-kehakultuur. Viibimine sanatooriumis, puh-kekodus. Sport	
II	A	Alalised puudulikkuse nähud ühes südamepoo-les (paremas või vasa-kus)	Südame müogeenne dilatat-sioon. Paisnähud suures või väikeses vereringes	Piiratud töövõime. Neuroo-tilised nähud, unehäired. Hingeldamine, köha, vereköhi-mine, tsüanoos, sundasend kõrgema peaalusega või pais-maks, düspeptilised nähud, astsiit, tursed, seroossete õõn-te vesitõbi (sõltuvalt vereringe puudulikkuse tüübist)	Kodustes tingimustes või statsionaaris: režiim, ravitoit-lustamine, ravikehakultuur, massaaž, hapnikuravi, ravi-mid (mitte alati). Hiljem koha-likud sanatooriumid	
	B	Alalised puudulikkuse nähud kummaski süda-mepooles (paremas ja vasakus)	Südame müogeenne dilatat-sioon. Paisnähud mõlemas ve-reringes	Töövõime kaotus. Pidurda-tus, unetus. Asend voodis üles-tõstetud peaalusega, hingelda-mine, köha, vereköhimine, tsüanoos. Samaaegselt tursed, paismaks, astsiit, teiste seroos-sete õõnte vesitõbi	Statsionaarne: režiim, ravi-toitlustamine, hapnikuravi, medikamentoonne ravi, mas-saaž, ravi-kehakultuur. Õõnte punkteerimine, sümptomaatilised vahendid (vajaduse kor-ral)	
III (düstroo-filine)		Irreversiibelne vere-ringe häire (krooniline)	Elundite tsüanootiline du-ratsioon [tsüanootiline hüper-toonia ehk elundite tsüanooti-line pingus (I. Davidovski jär-gi)] Müokardi, kopsuveresoon-te, maksa ja muude elundite skleroos	Püsiv töövõimekaotus. Ala-line tsüanoos, tunduv hingel-dus, krooniline paisbronhiit, vereköhimine (südame ja kop-su puudulikkus). Anasarka, maksa ja teiste elundite tsir-roos, astsiit. Püsivad düsuuri-lised nähud	Statsionaarne ravi või arsti järelevalve kodus: režiim, ravitoitlustamine, ravimid, massaaž, õõnte punkteerimi-ne, sümptomaatilised vahen-did	Iga staadiumiga võib kaasneda mistahes tüüpi vereringe puudulikkus

Tabel nr. 2

Vereringe puudulikkuse tüübid

Tüübid		Tursete ja paisnähude asukoht	Sagedamini esinevad põhjused	Hemodünaamika	Märkused
I Vasaku vatsakese poolne		Paisnähud kopsus, nähtavaid turseid ei esine, kuid hüdrofiilne proov on kiirenenud	Hüpertocniatõbi, sümptomaatilised hüpertooniad, ateroskleroos, nefriit, müokardi infarkt, aortaalsed südamerikked, südame vasaku vatsakese äge ülekoormus	Väike, pehme või niitjas pulss, arteriaalne hüpotoonia, mõõdukas venoosne hüpertoonia, mis ei suurene maksale surumisel	Iga tüüp (ja nende kombinatsioon) võib esineda mistahes vereringe puudulikkuse staadiumis
II Parema vatsakese poolne	a	Anasarka, paismaks, seroosete õõrte vesitõbi (pais suures vereringes)	<i>Cor-pulmonale</i> , parema südamepoole rikked, vasaku koja-vatsakese suistiku kitsenemine, parema südamepoole kaasasündinud rikked, kopsuarteri ja selle harude skleroots	Väike pulss. Arteriaalne hüpotoonia, tunduv venoosne hüpertoonia, mis maksale surumisel tõuseb	
	b	Pais tsirrootiliselt muutunud maksas, portaalne hüpertoonia, asitiit (portaali-süsteemi pais)	Põhjused on samad, kuid maksatsirroosi ja portaalse hüpertoonia kiiret arenemist soodustavad varem põetud maksa ja sapiteede haigused	Pulss võib olla täitumuselt muutuse või väike. Arteriaalne rõhk sõltub vereringe puudulikkuse tekkepõhjusest. Mõõdukas veresoone hüpertoonia, mis tunduvalt tõuseb maksale surumisel	
	c	Ülemise õõnesveeni paistursed kaelal ja rindkere ülemises osas (Stokes'i kaelus)	Raskendatud äravool ülemisest õõnesveenist (perikardiidid, vasakupoolsed pneumoskleroosid, paremapoolne pleuraalne transsudaat)	Pulss väike, pehme, arteriaalne hüpertoonia, tunduv venoosne hüpertoonia, mis ei tõuse maksale surumisel. Vereringe aeglustumine	

Hüpertooniatõve klassifikatsioon

Kliinilised variandid kulu järgi	Staadiumid	Kliiniline iseloomustus	
		Arteriaalne rõhk	Südame ja veresoonte süsteem
Hüpertoonia- tõbi aeglaselt progresseeruva kuluga	I Neurootiline (transitoorne hü- pertoonia)	Arteriaalse rõhu perioodiline tõus (mõ- neks päevaks või nä- dalaks), sellele järg- neva langusega kuni normaaltasemeni	Kaebused sageli puu- duvad, mõnikord süda- mepekslemine, mitmesu- gust laadi valuaistingud. Aordil kuulatlemisel sa- geli väike aktsent teisel toonil. Elektrokardio- gramm tavaliselt muu- tusteta.
	II Ebapüsiv hüper- toonია algavate orgaaniliste muu- tustega	Arteriaalse rõhu püsimatu tõus suu- remate või väikse- mate langustega, mis siiski ei saavuta nor- maalset taset	Sageli kaevatakse ker- get hingeldust ja süda- mepekslemist, võivad esineda koronaarse puu- dulikkuse nähud. Vase- ma vatsakese hüpertroo- fia. Aordi teise tooni aktsent. Elektrokardio- gramm-sageli vasak tüüp, mõnikord T-inter- valli ja T-saki muutused
	III Stabiilne skle- rootiline	Arteriaalse rõhu pü- siv kõrgenemine, lan- gus on võimalik sü- dame puudulikkuse puhul, pärast müo- kardi infarkti, pärast insulti Püsiv kõrge arteri- aalne rõhk (eriti di- astoolne), mis ei lange isegi südamepuudu- likkuse puhul või pärast insulti	Sageli koronaarse ja südame puudulikkuse nähud (rinna-angiin, müokardi infarkt, pais- nähud, südameastma). Elektrokardiogramm: T- intervalli ja T-saki ilm- sed muutused Haigus esineb peami- selt noores eas, iseloo- mustav on muutuste kiire progresseerumine kesknärvisüsteemis, nee- rudes, mõnevõrra harve- mini südames, sageli kõikide süsteemide kom- bineeritud kahjustus

Kliiniline iseloomustus			Variandid kliini- liste nähtude üle- kaalu järgi
Närvisüsteem	Neerud	Silmapõhi	
Võivad esineda peavalud ja pea- pööritus	I Kusi ja neerude kontsentratsioo- nivõime ei ole muutunud	Võib esineda võrkkes- ta arterite mõõduv ahe- nemine	a) prevaleeruv südamekahjustus, b) prevaleeruv ajukahjustus c) prevaleeruv neerudekahjustus d) segakahjus- tused

Peavalud, peapööritus, unehäired, võivad esineda dünaamilised aju vereringe häired	II Mõnikord mööduv albuminuuria ja mikrohematuuria ilma neerude kontsentratsioonivõime häireta	Võrkkesta arterite ahenemine, võib esineda arterite seinte möödukas paksenemine ja veenide kokkusurumine arterite poolt, harva verevalumid
Sageli ajuvereringe häired, kuni insuldi tekkimiseni. Töövõime tugev langus	III Sageli albuminuuria, mikrohematuuria. Võib esineda neerude puudulikkus kuni asoteemilise ureemiani (neerude ateroskleroos)	Võrkkesta arterite püsiv ahenemine ja arterite rõhumine veenidele. Võivad esineda verevalumid ja võrkkesta ning nägemisnärvi muutused. Sageli arterite ilmne skleroos Rööbiti võrkkesta arterite püsiva ahenemisega ja veenide kinnisurumisega arterite poolt sageli verevalumid, võrkkesta degeneratiivsed muutused ja nägemisnärvi turse koos nägemise progresseeruva langusega

1. Andmed diagnoosimiseks: Haige põeb reumatismi (haiguse lõputaadiumis), tal on mitraalklapi puudulikkus ja vasema koja ja vatsakese vahelise suistiku kitsenemine (ülekaalus on kitsenemine). Esinevad valud parema roidekaare all, tursed, ja astiit. Vereringe puudulikkuse nähud muutusid alaliseks.

Diagnoos: Reumatism haiguse lõputaadiumis (sklerootilises), reumaskleroos, vasaku koja ja vatsakese vahelise suistiku kitsenemine, mitraalklapi puudulikkus, vereringe puudulikkus II A staadiumis Ila tüüpi (parema vatsakese poolne).

2. Andmed diagnoosimiseks: Haige põeb hüpertooniatõbe. Esinevad ägedad valud rinnaku taga, hingeldus, tsüanoos. Haige on istuvas asendis. Hiljem kaasnevad köha, palavik; veres — leukotsütoos, kiirenenud SR, elektrokardiogramm osutab müokardi infarktile.

Diagnoos: Hüpertooniatõbi III staadiumis aeglaselt progresseeruva kuluga, angiogeenne müokardioskleroos, vasaku vatsakese eesmise seina infarkt, vereringe puudulikkus II A staadiumis, I tüüpi (vasaku vatsakese poolne).

*

Kuid mitte iga, eriti haige ühekordsel uurimisel, ilmnenud arteriaalse rõhu kõrgenemine ei või olla hüpertooniatõve diagnoosimise põhjuseks. Arteriaalne rõhk võib olla kõrgenenud juhuslikult, emotsionaalsete reaktsioonide tõttu. Lühiajalised arteriaalse rõhu erakorralised tõusud emotsioonide mõjul või närvisüsteemi ülepingutuse tagajärjel võivad iseloomustada hüpertoonilist seisundit.

Kõik isikud, kes ühekordse arteriaalse rõhu mõõtmisel osutuvad kahtlasteks hüpertooniatõve või prehüpertoonilise seisundi suhtes, kuuluvad koos I staadiumi haigetega diagnoosi täpsustamiseks dispanseersele järelevalvele.

Tabelis nr. 3 esitame hüpertooniatõve klassifikatsiooni.

Hüpertooniahaigete dispanseerimise puhul tuleb pöörata erilist tähelepanu nende töö- ja elutingimustele, mida tuleb reguleerida vastavalt hai-

guse staadiumile ja vormile. Suurt tähelepanu peab pöörama soovitatavatele abinõudele, mis peavad haigele kindlustama korrapärase ja küllaldase öise une, võimaluse korral ka päevase puhkeaja. Haigele tuleb anda näpunäiteid ratsionaalseks toitumiseks vastavalt haiguse staadiumile; peab rõhutama ka vajadust regulaarselt süüa, hoiduda rasvade ja kolesteriini sisaldavate toiduainete tarvitamisest, ateroskleroosi tunnuste ilmnemisel vältida soolaseid toite ja piirata vedelike tarvitamist. Samal ajal tuleb soovitada toiduks köögi- ja puuvilju.

Spetsiaalse ravi- ja profülaktikaabinõuna tuleb hüpertooniahaigetele soovitada ravivõimlemist.

Orienteeruvalt võiksid hüpertooniahaigete korduvate järelevaatuste tähtajad olla järgmised: I staadium — 6 kuud, II staadium — iga 3 kuu järel, III staadium — meditsiiniliste näidustuste kohaselt.

Pahaloomulise hüpertooniatõve puhul peavad haiged olema pidevalt arstlikul järelevalvel, milleks nad tuleb hospitaliseerida.

Stenokardiahoogude all kannatavate haigete dispanseerimine on suure praktilise tähtsusega esiteks sellepärast, et stenokardiahood mõjuvad väga negatiivselt haigete töövõimele, põhjustades paljudel juhtudel ajutist töövõimetust ja teiseks sellepärast, et stenokardiahoogudele võib järgneda müokardi infarkt.

Stenokardia kulu uurimisel tuleb erilist tähelepanu pöörata valude laadile, nende asukohale, kestusele, tekkepõhjustele (kehaline pingutus, närvitsemine või valude puhkemine rahulikus olukorras öösel). Tähtis on samuti kas pärast stenokardiahoogu kehatemperatuur tõuseb (temperatuuri tõus pärast hoogu, kui selleks ei ole muid põhjusi, viitab nekrootilise piirkonna tekkele müokardis), leukotsütoosile, samuti SR ja vere rõhu näitajate muutustele. Pärast stenokardiahoogu, eriti kui see esines raskelt ja kestis kauemini kui harilikult, on soovitatav teha elektrokardiogramm.

Stenokardiahoogude vähenemiseks ja tõsisematest koronaarringe häiretest hoidumiseks tuleb õigesti korraldada haige töö- ja elutingimusi.

Stenokardiahoogude sagenemise ja valude tugevnemise puhul peab haigetele määrama voodirežiimi kodus või nad hospitaliseerima.

Müokardi värske infarktiga haiged kuuluvad hospitaliseerimisele haiglate siseosakonnas, kus neile on kindlustatud vastav põetamine ja ravi. Kui müokardi infarkt tabas haiget väljaspool kodu (tänaval, avalikus kohas jm.), siis tuleb ta viia vastavasse raviasutusse. Kui müokardi infarkt toimus kodus ja haige on šoki või kollapsi seisundis, siis on transportimine vastunäidustatud. Haige haiglasse toimetamise küsimuse otsustamisel peab arvestama ka transportimise tingimusi — kaugust, transportivahendi liiki, teede seisukorda jne. Transportimisel tuleb võtta tarvitusele vajalikke abinõusid haigete füüsiliste ja psüühiliste ülepingutuste vältimiseks. Eriti ei tohi haiget ümber riietada, vaid katta ta vajaduse korral ainult tekiga; haigete asetamine kandraamile ja kandmine peab toimuma vajaliku ettevaatusega; teel peab arst olema haige juures, osutades talle vajalikku abi [süstima narkootilisi aineid (morfiumi), südamevahendeid jne.]. Vastuvõtuosakonna valvearst peab teenindama müokardi infarktiga haiget väljaspool järjekorda ega tohi katkestada oma vaatlusi kuni haige viimiseni siseosakonda ja üleandmiseni ordinaatorile või osakonna valvearstile.

Müokardi infarkti puhul ei ole näidustatud haigete sanitaarkorras, sest see võib neid liialt koormata.

Kõikidest kojujätud haigetest peab kiirabijaam teatama haige elukoha polikliinikusse (ambulatooriumi). Polikliinik on kohustatud väljakutset ootamata kindlustama haigele arstliku järelevalve ja ravimise.

Müokardi infarkti põdenud haiged peavad pärast statsionaarist väljakirjutamist olema alguses jaoskonnaarsti pideval järelevalvel, edaspidi aga, kui järelevalve vajadus on möödunud, tuleb haiget kontrollida mitte

harvemini kui 1 kord kuus. Peab meeles pidama, et pärast müokardi infarkti võivad inimesed töövõime tagasi saada ja töötada veel palju aastaid. Seejuures on esmajärgulise tähtsusega õige töökorraldus ning haige elutingimuste ja -režiimi õige korraldamine: regulaarne magamine, päevane puhkus, korrapärane toitmine rasvade mõningase piiramisega, keedusoola ja vedelike mõõdukas tarvitamine ja mõõdukas söömine öhtuti.

Pärast reumahoogu tuleb haige võtta dispanseersele järelevalvele. Arvestades lokaalsete nakkuskollete suurt tähtsust reumatismi tekkimisel ja ägenemisel, tuleb igat haiget hoolikalt uurida, et sellised isikud välja selgitada ja ravida. Erilist tähelepanu tuleb pöörata kroonilistele tonsilliitidele, sinusiitidele, hambagranuloomidele jt.

Pärast liigesenähtudega või ilma nendeta kulgenud reumahoogu peab haige jääma arstliku järelevalve alla. Läbivaatus toimub mitte harvemini kui üks kord kolme kuu järel. Seejuures tuleb pöörata tähelepanu aktiivse reumaprotsessi nähtudele: temperatuuri tõusudele, SR kiirenemisele, muutustele kuses, liigesevaludele ja tursetele. Erilist tähelepanu peab pöörama südame- ja veresoontesüsteemile, nagu kahinate tekkimine südames, muutused elektrokardiogrammis, vereringe puudulikkuse sümptomide ilmumine. Reumatismi aktiivsete nähtude ilmnemisel tuleb haige tööst vabastada ja teda ravida vajaduse korral statsionaris. Kui haigel tekib reumaatiline südamerike, siis peab tähelepanu osutama haige töö- ja elutingimuste õigele korraldamisele. Reumaatiliste südameriketega haigeid, kellel ei esine aktiivseid reumatisminähte ja vereringe puudulikkust, tuleb arstlikult uurida üks kord pooles aastas. Vereringe puudulikkuse nähtude ilmnemisel sõltub arstlike järelevaatuste sagedus puudulikkuse staadiumist. Reumatismi aktiivsete nähtude (taastuv reumaatiline kardiit, polüartriit jne.) puhkemine nõuab voodirežiimi, vajaduse korral aga hospitaliseerimist.

Suurte haiglate (polikliinikute) juures on vaja organiseerida kardio-reumaatilised kabinetid südame- ja veresoontehaiguste vähendamiseks meie vabariigis.

Kirjandus

1. Инструкция о порядке госпитализации больных с инфарктом миокарда. Изд. Министерства здравоохранения СССР, М., 1954
2. Методические указания по лечению гипертонической болезни. Изд. Министерства здравоохранения СССР, М., 1955
3. Научно-методические указания по диагностике и лечению гипертонической болезни, Медгиз, М., 1951
4. «О профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний». Приказ Министра здравоохранения СССР № 98-м от 14 мая 1956 г., Москва
5. А. Гунтер — О диспансеризации терапевтических больных. Сбор. 5 «Здравоохранение Советской Эстонии» № 6, 44, Таллин, 1957
6. А. Сарап — К практике проведения диспансеризации сельского населения в Эстонской ССР. Сборник «Здравоохранение Советской Эстонии» № 4, 87, Таллин, 1955
7. П. Н. Степанов — Стадии и типы недостаточности кровообращения. Изд. Смоленского областного отдела здравоохранения. Смоленск, 1954

О профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний

А. Гунтер

Резюме

Вследствие уменьшения заболеваемости ревматизмом в республике на первое место как причина органических заболеваний сердца и недостаточности кровообращения, особенно в зрелом и пожилом возрастах, выдвинулись атеросклероз и гипертоническая болезнь. Необходимо улучшить профилактику и диагностику этих заболеваний и улучшить лечебные мероприятия по отношению к больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Автор приводит методические указания по диспансеризации больных названными заболеваниями. Статья снабжена таблицами: стадий недостаточности кровообращения, типов недостаточности кровообращения, классификации гипертонической болезни.

Tähelepanekuid skisofreenia alavormide erinevusest

J. Saarma,

dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat
(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria kateedrist, juhataja professor
meditsiiniteaduste doktor E. Karu)

Skisofreenia klassikaliste alavormidena käsitatakse Kraepelinist alates paranoilist, katatoonset, hebefreenset ja lihtsat vormi. Mõnikord erinevad need alavormid üksteisest. Katatoonne stuupor ja hebefreenne maneerlikkus, paranoiline luulusündroom ja lihtsa skisofreenia tuimpassiivne pilt — need on seisundid, mis välisel vaatlusel peaaegu ei sarnane üksteisega. Kliinilise sümptomatoloogia selliste ulatuslike erinevuste tõttu käsitleti skisofreenia üksikuid alavorme varem iseseisvate haigustena.

Suuri erinevusi ilmneb ka skisofreenia alavormide dünaamikas. Katatoonne stuupor on enamasti remiteeruva kuluga, lihtne skisofreenia viib aga oma hiiliva kuluga tihti sügava defektini. Väga erinev on skisofreenia erivormide puhul ka aktiivse ravi mitmete meetodite tulemus. Insuliinravi annab teatavasti häid tulemusi paranoilistel haigetel, katatoonse stuupori puhul on edukas uneravi, katatoonset rahutust likvideerib kas aminosüüsi- või konvulsioonravi.

Esitatakse nähtub, et skisofreenia alavormi diagnoosimine omab suurt praktilist tähtsust. Kliiniliselt on aga mõningatel juhtudel raske hinnata alavormi olemust. Selle tõttu on tarvis mõningaid konkreetsemaid kriteeriume, mis aitaksid skisofreenia alavorme diagnoosida. Üheks perspektiivsemaks võimaluseks selles suhtes on skisofreenia ning selle alavormide patofüsioloogilise olemuse üksikasjalik analüüsimine ja võrdlemine. Akadeemik I. P. Pavlov (1, 2, 3, 4) andis selles osas esimesed suunavad üldistused skisofreenia kliinilise materjali patofüsioloogilise mõestamise abil. Skisofreenia ja selle alavormide patofüsioloogilise olemuse konkretiseerimiseks on aga vaja haigete kõrgemat närvitluse laiaulatuslikult eksperimentaalselt uurida ja paralleelselt kliiniliselt jälgida. Rea aastate jooksul on selles suunas tehtud ulatuslikku uurimistööd, esmajoones A. G. Ivanov-Smolenski, V. P. Protopopovi ja E. A. Popovi kollektiivide poolt.

Kõik uurijad märgivad ja meie oma kogemused viimastel aastatel kinnitavad, et haigete kõrgema närvitluse eksperimentaalne uurimine seoses kliinilise jälgimisega võimaldab paljudel juhtudel tunduvalt täpsemalt hinnata haigusprotsessi olemust ning mõista sümptomaatikat. Ühtlasi aitab selline kompleksne uurimine püstitada prognoosi ja hinnata saavutatud remissiooni tõelist sügavust.

Vastavast kirjandusest on üldiselt teada skisofreeniale omased kõrgema närvitluse häired. Neist võib pidada tähtsamaks normaalse koostöö kaotaminekut kesknärvisüsteemi erinevate osade vahel, s. o. I. P. Pavlovi poolt märgitud dissotsiatsiooni. Vähem on käsitletud skisofreenia alavormide erinevusi kõrgema närvitluse eksperimentaalsete näitajate osas. Viimaste aastate jooksul on meil selles osas kogutud materjali, mis täiendab seni kirjanduses toodud andmeid. Arvesse võttes, et neil tähelepanekuil on ka praktiline diagnostiline väärtus, otsustasime käesoleva uurimuse avaldada.

Kliinilis-psühhopatoloogilise jälgimise kõrval oleme haigete kõrgema närvitluse muutusi uurinud eksperimentaalselt. Selles kasutame peamiselt motoorse refleksi meetodit, assotsiatsioonikatset, piltide nimetamise ja piltide sisulise grupeerimise ülesandeid. Kogutud materjal annab võimaluse hinnata esimese ja teise signaalsüsteemi seisundit ja koostööd.

Vaatleme esmajoones katatoonse vormiga skisofreeniahaigete kõrgema närvitalitluse iseloomulikke jooni. Kliiniliselt võib katatoonne vorm avalduda teatavasti kas sihitu — kaootilise rahutuse või stuupori kujul. Katatoonse rahutuse puhul on arusaadavatel põhjustel haige eksperimentaalne uurimine praktiliselt võimatu. Selle tõttu piirduvad nii kirjanduses leiduv materjal kui ka meie kogemused katatoonse stuuporiga.

Katatoonse stuupori puhul on kaitsepidurdus levinud ajukoores õige laialdaselt ja selle intensiivsus võib olla mitmesugune. Mõnikord võib pidurdus olla nii tugev ja difuusne, et ajukoore talitus on praktiliselt välja lülitatud [Popov (5)]. Kõige soodsam materjal kõrgema närvitalitluse eksperimentaalseks uurimiseks on osaline stuupor. Selle seisundi kohta on ka kirjanduses kõige rikkalikumalt andmeid (5, 6, 7, 8, 9, 10).

Stuuporiga haigetel on muu reflektorse talitluse kõrval enamasti pidurdatud ka orienteerumis- ja kaitserefleks. Seetõttu ei reageeri nad sageli nii situatsiooni muutmisele kui ka igasugustele erakorralistele heli- ja valgus-, aga isegi valuärritustele. Seda asjaolu tuleb arvestada ka ambulatoorsetes tingimustes differentsiaaldiagnostilise võttena näiteks hüsteerilise stuupori väljalülitamisel.

Ajukoore talitlust iseloomustab stuporoosetel haigetel erutusprotsess: äärmine nõrkus samaaegse laialdaselt levinud välispidise pidurdusega. Stuupori puhul esinevat pidurdust käsitles I. P. Pavlov (1, 2, 4) kõige tüüpilisema kaitsepidurdusena. Kliiniliselt avaldub see pidurdus niihästi motoorses talitluses kui ka mõtlemises ja kõnes. Kõrgema närvitalitluse eksperimentaalsel uurimisel ilmneb passiivse (välispidise) pidurduse ülekaal mitmel kujul. Juba põhirefleksile (sõnalisele korraldusele) liigutusega reageerimine võib olla täielikult või osaliselt pidurdatud. Uued positiivsed seosed (liigutusega reageerimine mitmesugustele kinnitatud signaalidele) kujunevad väga visalt. Tüüpiline on, et põhi- ja uue refleks latentne aeg on pikk, need on väga nõrgajõulised ning väga lühikeste või silmatorkavalt pika kestusega. Uued seosed pidurduvad äärmiselt kergesti. Kõik see iseloomustab ajukoore tegevuse nõrkust. Illustatsiooniks olgu toodud alljärgnev haigusjuhtum.

Haigusjuhtum 1. M. M., 28-aastane naishaige, kesk-eriharidusega. 1951. a. sügisest alates muutus endassetõmbunuks, vaikseks. 1952. a. algul konsulteeris psühhiaatri juures, kaebas unehäireid. Märtsist alates esinesid üksikud suhtumismõtted. Jäi töövõimetuslehele. Puhkuse ja sümptomaatilise raviga seisund veidi paranes. Aasta lõpul uus halvenemine: tekkis alaväärsustunne, haige kartis inimesi, elavnesid suhtumismõtted. Seisundi pideva halvenemise tõttu paigutati 1953. a. aprillis psühhiaatrilisse haiglasse. Esinesid hirm, mõjustus- ja tagakiusamisluulu mõtted. Kõne oli katkendlik, tõkestustega, väljendused sageli sümbolistlikud. Perioodiliselt autistlik, esines kuulmismeele petteid. Kliinikus süvenes autism ja arenes stuupor. Haige seisis palatis vahel tundide kaupa tardunud asendis, siis liikus lühikest aega kärsitult ja sihitult ringi ning jäi jälle pikemaks ajaks seisma. Sõnaline kontakt enamasti puudus, haige vastas harva üksikute sõnadega. Sellises seisundis teostatud kortikodünaamika eksperimentaalsel uurimisel ilmnis erutusprotsessi äärmine nõrkus. Motoorsed reaktsioonid käsule, eriti aga uued reaktsioonid signaalidele, olid nõrgajõulised ja pidurdusid vähimategi kõrvalärrituste toimel täielikult.

Pidurdus ilmneb stuporoosetel haigetel ka teises (sõnalises) signaalsüsteemis. Assotsiatsioonikatsetes on ülekaalus mitteadekvaatsed (madalad) vastused, mida esineb vahel kuni 100%. Latentsed ajad varieeruvad 3—5 sekundi piires, üksikute vastuste puhul ulatuvad aga minutitesse.

Põhiliste leidude osas ühtivad meie tähelepanekud A. G. Ivanov-Smolenski (11) jt. andmetega. Märkimist väärib veel, et kliiniliselt on stuporoosetel haigete pilt ja käitumine sageli pika aja jooksul täiesti ühetaoline. Samal ajal esineb kõrgema närvitalitluse eksperimentaalse uurimise andmetes märgatavaid kõikumisi. Suurematele muutustele järgneb tavaliselt siiski ka kliiniline nihe.

Skisofreenia paranoilist vormi iseloomustavad kliiniliselt teatavasti paranoiliste luulumõtete ning meelepetete (enamasti akustiliste) esinemine. Käitumiselt on paranoilised haiged sageli hästi kompenseeritud, mistõttu nende diagnoosimine tekitab tõsiseid raskusi mõnikord psühhiaatrilegi. Kõrgema närvitalitluse eksperimentaalsel uurimisel esineb neil haigetel üldiselt tagasihoidlikke kõrvalekaldumisi. Erutusprotsess ja ajukoore seostusvõime on tavaliselt hästi säilinud. Põhi-refleks on enamasti stabiilne ja uued seosed kujunevad kiiresti. Erutusprotsess kaldub vahel irradieeruma. Tuleb märkida, et aktiivse pidurduse vormid — diferentseerimis-, tingitud ja hilistumispidurdus — on sageli tunduvalt nõrgenenud. Seda asjaolu on märkinud mitmed uurijad (6, 9, 12). Sõnaline signaalsüsteem on vähem pidurdatud kui katatoonsetel haigetel. Assotsiatsioonide latentsed ajad on keskmiselt 2—3 sekundit. Mitteadekvaatseid vastuseid esineb 15—25%. Seoste ülekanne sõnalisse signaalsüsteemi ja nende üldistamine on mõnikord moonutatud. Iseloomustav on, et luululised tõlgendused hõlmavad sageli ka üsna indifferentseid asjaolusid. Kirjeldatud iseärasused aitavad mõista, miks paranoilistel haigetel tegelikkuse tunnetamine, eriti tõlgendamine, on moonutatud.

Korduvate uurimiste puhul esineb paranoiliste haigete kortikodünaamikas mitmesuguseid kõikumisi. Halvenemine ilmneb esmajoones aktiivse pidurdumise nõrgenemises. Enamasti ei ole võimalik selliseid kõikumisi kliiniliselt konstateerida. Need iseloomustavad aga haigusprotsessi sisetähtsust dünaamikat ja omavad tõenäoliselt suurt tähtsust ka ravi efektiivsuse seisukohalt.

Skisofreenia hebefreense vormi puhul domineerivad kliiniliselt veiderdav — pidurdamatu käitumine ning mitteadekvaatsed emotsionaalsed avaldused. Kõrgema närvitalitluse eksperimentaalsel uurimisel esineb põhilise häirena erutusprotsessi ebastabiilsus ja inertsus. Nii põhi- kui ka uued refleksid on väga kõikumad ja äärmiselt ebaühtlased. Erutus irradieerub enamasti laialdaselt. Koos sellega on aktiivse pidurdumise kõik vormid puudulikud. Nii ei ole võimalik mõnikord diferentseeringut saada isegi kümnete eitavate kinnituste abil. Illustratsiooniks toon ühe meie haige kirjelduse.

Haigusjuhtum 2. T. L., 13-aastane naishaige. Juba lapsena avaldus pidurdamatu iseloom. Raskustega lõpetas haige neli klassi. Haigestus 1952. a. sügisel. Kaotas huvi ümbruse ja sihipärase tegevuse vastu. Jäi loiult istuma, naeris põhjuseata, vahel kõneles omaette, omaste vastu oli kuri. Avaldusid luulumõtteid ja kuulmismeele petted. 1953. a. alguses hospitaliseeriti. Kliinikus oli haige lamedalt-eufoorilises meeleolus. Narritas ja torkis kaashaigeid, käitus pidurdamatult ja veiderdavalt. Esinesid massilised kuulmis- ja üksikud nägemismeele petted. Sellises seisundis teostati kortikodünaamika eksperimentaalsete uurimiste seeria. Ilmnes erutusprotsessi väga tugev inertsus, irradieerumine ja ülekaal aktiivse pidurdamise suhtes. Mõningates katsetes avaldusid hüpnootilised faasilised seisundid.

Sõnalise signaalsüsteemi pidurdus on hebefreensetel haigetel küllalt ulatuslik. Assotsiatsioonikatsetes on latentsed ajad keskmiselt 2—8 sekundit, mitteadekvaatseid vastuseid esineb 50 kuni 100%. Sageli kaasnevad sõnalistele vastustele ka motoorsed reaktsioonid ning emotsionaalsed avaldused (naermine, grimassid, elavad liigutused jne.). See kõik illustreerib erutuse laia levikut kortikaalsetes ja ka koorealustes mehhanismides. Erutusprotsessi irradieerumist ei piira kortikaalne pidurdus vajalikul määral. Sellest järeldubki hebefreense vormi kliiniline omapära — pidurdamatus ja maneerlikkus.

Skisofreenia lihtsa vormi puhul on kliiniliselt tegemist tahte- ja tundeelu pidevalt edeneva alanemisega, mille tulemusena kujuneb välja apaatiko-abuuliline pilt. Kõrgema närvitalitluse eksperimentaalsel uurimisel ilmneb ajukoore talitluse üldine nõrgenemine. See avaldub nii erutuse nõrgenemises kui ka aktiivse pidurduse puudulikkuses. Ühtlasi ilmneb ka tingimatute reflekside nõrgenemine uurimis- ja eel-

kõige kaitsereflekside osas. Need haiged ei reageeri üldse situatsiooni muutmisele ega erakorralistele ärritajatele. Eksperimentaalsed uurimised tekitavad mõnikord aga lõpuks tulpimuse ja pahuruse ilmselt seetõttu, et esitatavad ülesanded olid neile liiga pingutavad. Need andmed iseloomustavad nii ajukoore kui ka koorealuste mehhanismide madalat toonust. Näitena toome järgmise haigusjuhu.

Haigusjuhtum 3. O. R., 24-aastane meeshaige, 6-klassilise haridusega, autojuht. Haigestus 1953. a. sõjaväeteenistuses. Tekkis kerge paranoilisus, haige isoleerus järjest enam kaaslastest. Tartu haiglas viibis 1954. a. algusest. Haige oli pidevalt omaette, vaikiv, ei ilmutanud mingit huvi ega initsiatiivi. Kõnetamisel oli pahur. Esinesid üksikud suhtumismõtted. Tööle suunatuna oli loid ja vajas pidevat ergutamist. Aeg-ajalt esinesid üksikud kuulismeele petted. Kõrgema närvitalitluse eksperimentaalsel uurimisel ilmnis ajukoore seostamistalitluse nõrgenemine. Erutus kaldus irradieerumisele. Diferentseeringu kujunemisel pidurdus irradieerus; positiivse seose taastamisel omakorda irradieerus erutusprotsess jne. Esines erutus- ja pidurdusprotsessi «lainetus», mis meie kogemustel on üks iseloomustavamaid leide krooniliste skisofreeniahaigete kortikodünaamikas. Ühtlasi ilmnis reflekside tunduv ebastandardus.

Lihtsa vormiga skisofreeniahaigete sõnalise signaalsüsteemi pidurdumine on enamasti mõõdukas. Assotsiatsioonikatsetes on keskmised latentsed ajad 3—5 sekundit, seejuures esineb mitteadekvaatseid vastuseid 10—20%. Uute seoste ülekandmine sõnalisse süsteemi ja nende üldistamine on puudulik.

Kokkuvõttes võib märkida, et esitatud materjal näitab, kuivõrd erinevad on skisofreenia alavormid. Katatoonia puhul domineerib erutusprotsessi äärmise nõrkuse foonil laialdane passiivne pidurdumine nii hästi esimeses ja teises signaalsüsteemis kui ka koorealustes mehhanismides. Paranoilistel haigetel kaldub erutusprotsess irradieerumisele ja seosed tekivad kergesti luululiste struktuuridega. Selle kõrval on aktiivne pidurdus puudulik, millest ilmselt ongi tingitud luulumõtete visadus ja nende allumatus korrektuurile. Hebefeensetel haigetel on kõrgemad kortikaalsed mehhanismid pidurdatud ja primitiivsed seosed vabanevad aktiivsest pidurdusest. Lihtsa vormiga skisofreeniahaigetel esineb nii koore kui ka koorealuse mõõdukas pidurdumine.

Tuleb märkida, et kortikodünaamika eksperimentaalsel uurimisel saadud andmed täiendavad üsna oluliselt kliinilis-psühhopatoloogilist materjali ja aitavad kaasa haiguse alavormi diagnoosimisel. See omab aga määravat tähtsust õige ja otstarbeka raviplaanide koostamisel.

Kirjandus

1. Павлов И. П. — Психиатрия как пособие физиологии больших полушарий. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., 1951, 223.
2. Он же. — Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии. Там же, 325.
3. Он же. — Проба физиологического понимания навязчивого невроза и паранон. Там же, 405.
4. Он же. — Условный рефлекс. Там же, 448.
5. Попов Е. А. — Материалы к патофизиологии шизофрении (особенно ее кататонической формы). Проблемы современной психиатрии, М., 1948, 106.
6. Гарцштейн Н. Г. и Трауготт Н. Н. — Об изменениях замыкательной деятельности коры головного мозга у шизофреников под влиянием длительного наркотизма. Труды психиатрической клиники акад. И. П. Павлова. Сборник II, 1940, 227.
7. Иванов-Смоленский А. Г. — Опыт патофизиологической характеристики явлений митацизма при шизофрении. Архив биологических наук XXXVI, серия 5, вып. 1, 1934, 107.
8. Он же. — О различных формах и нейродинамике кататонического ступора. Архив биологических наук XXXVI, серия 5, вып. I, 1934, 85.
9. Костандов А. — Нарушения корковой динамики и особенно совместной деятельности первой и второй сигнальных систем при шизофрении. Автореферат кандидатской диссертации, М., 1954.

10. Протопопов В. П. — Патологические особенности в деятельности центральной нервной системы при шизофрении. Труды Центрального психоневрологического института, X, 1938, 14.
11. Иванов-Смоленский А. Г. — Об изменениях замыкательной функции мозговой коры при общих невробах и психозах. Советская невропсихиатрия, VI 1941, 124.
12. Гук Е. Д. — К вопросу об условно-рефлекторной деятельности у шизофреников. Советская психоневрология 1934, I, 76.

Различия в клинических формах шизофрении

Ю. Саарма

Резюме

У всех больных шизофренией, несмотря на клиническую форму, обнаруживаются ослабление деятельности коры головного мозга, нарушения взаимодействия сигнальных систем и коры с подкоркой. Нам представляется, что именно в нарушениях взаимодействия сигнальных систем можно было бы найти в какой-то мере специфические расстройства высшей нервной деятельности больных шизофренией.

Помимо общих для всех больных шизофренией нарушений высшей нервной деятельности, можно было констатировать различия при некоторых клинических формах. Так, у больных кататонией доминирующим является диффузное торможение как в первой и во второй сигнальных системах, так и в деятельности подкорки. Следует отметить, что иногда оказывается возможным исследовать речедвигательной методикой даже больных в глубоком ступорозном состоянии, при полном отсутствии словесного контакта. При этом является очень характерным у таких больных наркотический моторный рефлекс, имеющий выраженную инертность.

У параноидных больных имеется меньше грубых нарушений при исследовании высшей нервной деятельности. Обнаруживается склонность к иррадиации раздражительного процесса и к связыванию с бредовой структурой. Формы активного торможения ослаблены. Слабость активного торможения, очевидно, является и причиной, что патодинамические структуры не затормаживаются, бред не подлежит критике.

Müravastase võitluse tähtsusest

A. Luts,

meditsiiniteaduste kandidaat

(ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist,
direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski)

Tehnika arenguga suureneb müra meid ümbritsevas väliskeskkonnas pidevalt. Müra kui kahjustava faktori toime suurus inimese tervisesse ei ole veel täielikult selgitatud.

Mis on müra? Füüsikalises mõttes on müra aperiöödiline heli, mis koosneb suurest hulgast erineva kõrguse ja tugevusega lihtsatest toonidest. Müra erineb muusikahelidest peamiselt korrapärase seose puudumise tõttu üksikute helivõngete vahel. Mõned teadlased käsivad mürana kõiki segavalt või häirivalt mõjuvaid helisid, jättes lahtiseks küsimuse, millal helid mõjuvad segavalt. Oluline on müra tugevus, kestus, võnkesagedus, rütm ning inimese individuaalsed omadused, vanus, sugu jm.

Inimene võib ka müraga «harjuda». Sel puhul segab kestev müra vähe või ei häiri enam üldse, kusjuures müra kahjulik toime ei ole aga sugugi vähenenud. Ohtlikumad on kõrge võnkesagedusega mürad, eriti kui neile kaasuvad seni väheuuritud ultrahelid. Segavamalt kui sama tugevusega ühtlane müra mõjuvad katkestatud impulsstüüpi mürad, nagu haamrilöögid jne. Väsinud organismile mõjub müra rohkem kui puhakule. Eriti häirib öine müra. Müra on raskesti talutav haigele, kelle tervistumist ta aeglustab. Töö- ja mehhanismide müra segab rohkem kui

looduslik müra, nagu mere- või metsakohin jne. Müra, mida me ise tekitame, näib meid vähem häirivat kui sama tugev teise isiku poolt tekitatud müra.

Vali müra kahjustab kogu organismi, esmajoonel kuulmiselundeid ja kesknärvisüsteemi ning selle kaudu ka teisi elundite süsteeme. Vaatamata kesknärvisüsteemi adaptatsioonivõimele ja müras töötava isiku harjumisele müraga, kurnab kestev vali müra pidevalt närvirakke. Nii tekivad ajajooksul peavalud ja tasakaalu häired. Tähelepanu koondamine lugemisel või vaimse töö puhul muutub raskemaks. Tekib rahutuse- ja kartuse-tunne ning unetus. Kestev vali müra tekitab seega närvisüsteemile raskeid kahjustusi. Niisuguste inimeste nahavärvus on kahvatu, nende väljasirutatud sõrmed värisevad, keel on kaetud ja refleksid elavad. Kestev müra ja lärm tekitab peaaajukoos pidurduse, mille tagajärjel täheldatakse psüühiliste protsesside aeglustumist, hingelist depressiooni, mälu ja tähelepanu vähenemist ning töövõime langust. Selle tõttu langeb töö produktiivsus ja suureneb tööstustraumatism. Katseliselt on kindlaks tehtud, et müra ja ka muusika vähendab töö tootlikkust, muutes töötempo aeglasemaks, kusjuures töö kvaliteet võib jääda muutumatuks. Müra vähendab eriti vaimse töö tootlikkust.

Müra ja lärm tõstavad lihaste pinget, pulss ja hingamine kiirenevad, vere- ja ka koljusisene rõhk tõuseb, mao kontraktsioonid harvenevad ja nende amplituud väheneb, seedemahlade eritumine on häiritud. Ainevahetus võib müra toimel tõusta kuni 17%. Peaaajukoore, kuulmisanalüsaatori tsentraalses osas tekib erutuskolle, mille naaberosad on negatiivse induktsiooni tõttu pidurdatud, samuti on pidurdatud ka selle ajupiirkonna poolt juhitud elundite talitus. Kestev pidurdus võib tekitada siseelundis haiguslikke nähte. Tugev müra kahjustab esmajoonel kuulmist. Juba lühiajaline tugev müra vähendab kuulmist tunduvalt. See võib aga teatava aja järel mööduda. Kestva müra tõttu võib tekkida juba jääv kuulmisvõime langus. Inimese kõrv võib kaua taluda intensiivset müra, kuid varem või hiljem tekivad ajutised kuulmise teravuse vähenemise nähud, eriti pärast tööpäeva lõppu. Kui müra väsitav toime kestab päevast päeva, aastate jooksul, siis tekivad sisekõrvas degeneratiivsed muutused, mille tagajärjel kuulmise teravus pidevalt väheneb, ilma et tööline seda esialgu märkaks. Neid muutusi on võimalik kindlaks määrata ainult audiomeetri abil kõrgete toonide (alates 4096 Hz) osas. Kuulmise teravus väheneb mürarikas töökohas juba 1—2 aastase töö järel. Kliinilised nähud arenevad aeglaselt. Sageli esinevad algul subjektiivsed kaebused kohina ja vilgede üle kõrvades, peavalud ja tasakaaluhäired. Müraga seotud tööde jätkamisel nõrgeneb kuulmine, kusjuures valju ning kestva müra puhul võib 10—15 aasta jooksul areneda täielik kurtus. Rohkearvulised statistilised andmed tõendavad, et raske kuulmisega isikute arv on protsentuaalselt väga suur katelseppade, neetijate, stantsijate, vedurijuh-tide ja kangrute hulgas, samuti mootoriproovijate, eriti lennukimehaanikute hulgas, kuid ka masinakirjutajate ja telefonikeskjaamas töötajate hulgas.

Müra kahjustuste tundmaõppimiseks [Slavin (3)] on vaja tööstuses, elamutes ja mujal müra mõõta. Heli intensiivsust mõõdetakse detsibellides. Üks detsibell (db) vastab kõige väiksemale helivaljuse vahele, mida inimese kõrv suudab eristada. 0 db valjune heli, mille sagedus on 1000 Hz, on vaevalt kuuldav. 120 db valjuse heli puhul, mille sagedus on 1000 Hz, muutub helitaju aga juba valutundeks.

Müra koosneb erineva tugevuse ja kõrgusega helidest. Müra valjuse ühikuks on foon. Erinevaist helidest koosneva müra tugevus foonides on võrdne samavaljuna tunduva 1000 Hz sagedusega heli intensiivsusega, mõõdetuna detsibellides. Müra valjuse määramiseks kasutatakse erilisi müramõõtjaid. Müras prevaleeruvate võnkesageduste kindlaksmääramiseks lahutatakse müra elektroonlampfiltrite abil üksikuteks helideks.

Mitmesuguste mürade valjus on järgmine: reaktiivlennukil — 140 fooni; mootorite proovimisel — 120—130 fooni; katelsepatööl, neetimisel õhuhaamriga — 70—120 fooni; autosignaali — 70 fooni; masinal kudemisel — 70—90 fooni; masinakirjabüroos — 70 fooni ja tavalisel kõnel — 65 fooni.

Müra tervistkahjustav toime ei olene ainult müra intensiivsusest, vaid ka selle kõrgusest. Kahjulikum on kõrge võnkesagedusega müra. On kindlaks tehtud, et madala ja keskmise sagedusega müra, mille valjus on üle 90-ne fooni, on ohtlik kuulmisele ja selle tagajärjel võib tekkida kurtus.

Madala sagedusega helidest koosneva (120—350 Hz) müra lubatav valjus on 90—100 fooni, keskmise sagedusega helidest koosneva (alla 800 Hz) müra lubatav valjus on 85—90 fooni ja kõrge sagedusega (üle 800 Hz) müradel 75—85 fooni [J. I. Slavin (3)]. Selline müra esineb ruumis, milles on kuulda veel harilikku kõnet 1,5—2 m kauguselt [B. Schneider (5)]. Üle 70 fooni tugevuse müra tagajärjel kiireneb pulss. Müra ja lärmi tagajärjel võivad areneda närvihaigused juhul, kui see on elu-, büroo- või laboratooriumiruumides pidevalt üle 40 fooni ja magamistubades või haigepalatites üle 25 fooni (4).

Müratõrje eesmärgiks on selle intensiivsuse vähendamine tasemeni, mis ei mõju enam segavalt. Selleks on mitmesugused võimalused, nagu müraallika kõrvaldamine või isoleerimine, ruumi heliabsorptsiooni suurendamine või individuaalsete kaitsevahendite kasutamine.

Tahkete kehade igasugune rappumine või pöörlemine kuuldava heli võnkesagedusega tekitab nõrgemat või valjemat müra. Seepärast on vaja müratõrje huvides selline võnkesagedus kõrvaldada või viia miinimumini. See on tähtis moodsate masinate ja liiklusvahendite konstrueerimisel. Eluruumides võib müra vältida näiteks põrandavaipadega ja uksepragude tihendamisega.

Kui müra ei ole võimalik vältida või nõrgendada, siis tuleb müraallikas helikindlate materjalide (klaasvati, vildi jne.) abil isoleerida.

Mitte alati ei levi müra vahetult müraallikast, vaid rappumine võib kanduda näiteks masina kinnituspunkti kaudu allolevaile esemele (laud, põrand, seinad). Seda saab kõrvaldada, kui mootor asetatakse pehmetele vahekihtidele, nagu kummi, vilt jne. Samuti mõjub masina aluse massi suurendamine (näiteks betoonvundamendi ehitamine).

Kui müraallikat ei ole võimalik küllaldaselt isoleerida, siis võib müra vähendada tööruumi seinte ja lagede katmine heliabsorbeeriva ainega (kork- või papp-plaadid jne.). Kui ka need abinõud müra ei vähenda, tuleb kasutada individuaalseid mürakaitsevahendeid. Individuaalseks müratõrjeks kasutatakse erilisi kõrvatoppe, nagu spetsiaalseid eboniitkorke kui ka lihtsaid vatitoppe. Eboniitkorgid ja teised tahkest aineist valmistatud kõrvatopid aga ei ole leidnud kasutamist, sest need ärritavad kuulmekäigu nahka, tekitades valu ja sügelemist, mille tagajärjel võib areneda krooniline naha ekseem. Pealegi tungib müra ka kõrvatoppide puhul luu kaudu sisekõrvani. Sellepärast on kõige efektiivsem mitte ainult kuulmekäigu sulgemine, vaid kõrvade või isegi pea katmine eriliste kõrvaklappide taoliste katetega.

Mõnede elukutsete (mootoriproovijad jt.) puhul ei saa individuaalseid mürakaitsevahendeid kasutada. Nendel aladel on vaja tööpäeva lühendada ja puhkust pikendada.

Müra kahjustav toime sõltub ka inimese individuaalsetest omadustest, seepärast tuleb töölisi mürarikasse töökohta tööle suunata alles pärast individuaalset meditsiinilist järelevaatust. Raskete kuulmishäiretega, sageli ägenevate krooniliste keskkõrvapõletikkudega, tasakaaluhäiretega, kesknärvisüsteemi väljaarenenud funktsionaalsete ja orgaaniliste haigustega kui ka sub- või dekompensatsioonistaadiumis väljaarenenud südame- ja vereringehaigustega töölisi, sealhulgas ka hüpertooniahai-

geid, ei või üldse suunata mürarikkale tööle [E. A. Drogitšina ja L. A. Koslov (1)]. Mürarikastel töodel peab regulaarselt kontrollima tööliste kuulmise teravust. Kui kuulmine, vaatamata individuaalsetele mürakaitsevahenditele, lühikese aja jooksul halveneb, tuleb tööline suunata teisele tööalale, kus puudub tugev müra.

Eriti tähtis on puhkus, sest puhkuse kestel võib kuulmisfunktsiooni taastada isegi siis, kui tööstuslik müra on väga tugev [L. A. Koslov (2)].

Lähtudes sellest, tuleks tööpäeva graafikus ette näha vaheajad, millest piisaks kuulmiselundite puhkamiseks. Tuleb võimaldada töölistel lahkuda mürarikast keskkonnast iga kahe tunni järel 10—15 minutiks. Selleks on vaja organiseerida tööruumides suurest mürast isoleeritud puhketoad. Samuti veedetagu lõunavaheaeg müravabas keskkonnas.

Müratõrje on oluline mitte ainult tervishoiu seisukohalt, vaid sellel on ka suur rahvamajanduslik tähtsus. Võiks öelda, et võitlus müra vastu on kõige parem ratsionaliseerimine, sest müra vähendamisel tõuseb töö produktiivsus ja väheneb töölt puudumiste arv. Vastavalt seaduses ettenähtud normidele, tuleb vabrikute ja tehaste arstidel ning insener-tehnisel personalil võidelda müra vastu kõigi olemasolevate vahenditega.

• Kirjandus

1. Дрогичина Э. А. и Козлов Л. А. Профессиональные заболевания, вызываемые действием производственного шума и вибрации. В кн.: Профессиональные болезни, под. ред. А. А. Летавета, Медгиз, М. гл. V, 137, 1957.
2. Козлов Л. А. Дальнейшие наблюдения над шумовыми группами. Профпатология и гигиена, 12, 1931.
3. Временные санитарные нормы и правила по ограничению шума на производстве. Ред. сост. И. И. Славин (ЛИОТ) Министерство здравоохранения, М., 1956.
4. Славин И. И. Проблемы нормирования шумов. Тезисы докладов на Всесоюзной конференции по гигиенической проблеме борьбы с шумом. Министерство здравоохранения СССР, М., 1957.
5. Schneider B. Gesetzliche Lärmnormative in der Sowjetunion. Zbl. f. Arbeitsmedizin u. Arbeitsschutz, B. 7, 44—47, 1957.

О значении борьбы с шумом

А. Лутс

Резюме

Современная техника вызвала усиление шумового фона не только в производственных помещениях, но и на улицах городов. Сильный шум вредно отражается на здоровье и работоспособности людей. Продолжительное действие его вызывает общее утомление, тугоухость, а иногда и глухоту. Шум оказывает влияние на психику, способствует развитию неврастения, головной боли, бессонницы, чувства страха, снижает внимание. Действуя на центральную нервную систему, шум влияет на весь организм человека: изменяются ритмы дыхания и сердечной деятельности, повышается внутричерепное и кровяное давление, замедляется процесс пищеварения. Шум замедляет психические реакции и ведет к снижению производительности труда в некоторых случаях до 40—60%.

Утомление органа слуха зависит от интенсивности шума и длительности воздействия его. Для шума различного спектрального состава существует своя «критическая интенсивность», превышение которой приводит к понижению чувствительности слухового анализатора.

Обычный производственный шум, не превышающий по громкости человеческого голоса, то есть уровня 70—75 фон, не оказывает вредного влияния. В условиях таких шумов профессиональной потери слуха в большинстве случаев не возникает, если речь, произносимая голосом нормальной громкости, хорошо понятна на расстоянии 1,5—2 м от говорящего. Высокочастотные звуки и шумы, особенно неслышимые ультразвуки, вреднее низкочастотных.

Надо шире и энергичнее вести борьбу с шумом. Существует ряд технических приемов, ослабляющих его вредное воздействие. Из медицинских мероприятий пора узаконить и ввести в действие некоторые обязательные меры профилактики, в част-

ности, в шумных цехах следует делать кратковременные перерывы. Работники таких цехов должны отдыхать в бесшумной обстановке, в помещениях, где стены и потолки покрыты звуконепроницающими материалами. В такой же обстановке должен проходить и обеденный перерыв.

Во всех случаях, когда невозможно снизить шум, должны применяться антифоны (противошумные наушники).

Необходимо проводить профилактические медицинские осмотры для исследования слуха, а также профессиональный отбор.

Abdominaalse aordi spontaanse ruptuuri kliinikust

K. Kõrge ja E. Murašev

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat K. Kõrge ja Tartu kohtumeditisiiniekspertiisikabinetist, juhataja E. Murašev)

Aordi, seejuures ka abdominaalse aordi, ruptuur kuulub kliinikus üsna harva diagnoositavate haigusseisundite hulka. Enamikul juhtudest tekib aordi rebend selle aneurüsmi tagajärjel ja põhjustab äkksurma. Nimetatud seisundi esinemise sagedusest võime kujutluse saada Tartu kohtumeditisiiniekspertiisikabineti lahangumaterjalide põhjal, millest esitame alljärgnevad andmed:

Aastad	Äkksurma juhtude keskmine sagedus südamehaiguste ja aordi ruptuuri tõttu (% kõigist lahanguist)	Neist aordi ruptuuri juhtumeid
1922—1931	8,6%	5,3%
1947—1956	10,8%	5,2%

Nagu nähtub ülaltoodud andmeist, esineb aordi rebendi sagedus ka pikema perioodi vältel küllalt konstantselt. Mõlemal vaatlusperioodil esines 1 kuni 2 aordiseina ruptuuri juhtumit aastas — naistel ja meestel peaaegu võrdse sagedusega. Patsientide vanus kõikus 27-st kuni 75-e eluaastani, kusjuures enamik juhtudest langeb keskmisele ja vanemale eale. Suuremal osal juhtudest oli ruptuuri tekkimise põhjuseks aterosklerootiline protsess, umbes $\frac{1}{3}$ juhtudest lueetiline aortiit.

Rebendi asukohaks oli peamiselt aordi rinnaosa ülenev osa ja aordikaare algus. Abdominaalse aordi ruptuuri juhtumeid oli 2, mida allpool lähemalt kirjeldame.

Kui võimalused torakaalse aordi aneurüsmi diagnoosimiseks on üldiselt küllaltki soodsad, siis *aorta abdominalis*'e aneurüsmi puhul on õige diagnoosi määramine palju raskem. Need diagnostilised raskused esinevad ka siis, kui patsient saabub arsti juurde kõhuaordi rebendi tõttu, mille puhul arenevat ägedat haiguspilti tuntakse vähe. Enamikul literatuuris kirjeldatud juhtudest on sel puhul diagnoositud maohaavandi perforatsiooni, apenditsiidi infiltraati, kõhuõõne kasvajat, paranefriiti jm. [Vainstein (1)].

Juhtudel, kui aordi ruptuur ilma pikema prodroomita põhjustab mõne minuti vältel patsiendi surma, langeb ära võimalus selle elupuhuseks diagnoosimiseks. Küllalt suurel protsendil juhtudest aga kulgeb just *aorta abdominalis*'e rebend selle anatoomilise asendi tõttu protraheeritult. Võivad esineda korduvad väiksemad verdumised retroperitoneaalsesse ruumi ja protsessi kestus võib pikeneda päevadele või isegi mitmele nädalale. Goldovsky (2) poolt jälgitud 15 haiget elasid 5 tunnist 27 päevani. See tähendab, et kõigil juhtudel oli küllalt aega diagnoosimiseks ja ka terapeutiliseks vaheleastumiseks.

Tänapäeva kirurgia on asunud edukalt lahendama ka aordi aneurüsmi operatiivse ravimise probleemi. Sellepärast langeb terapeudile üha suurem vastutus nimetatud haigusseisundite diagnoosimisel. Sellest lähtudes esitame alljärgnevalt kaks abdominaalse aordi ruptuuri juhtumit, mida oli võimalik jälgida kliiniliselt ja mille pilt võiks olla täienduseks nimetatud haigusseisundi sümptomatoloogia tundmaõppimisel.

Esimene juhtum. 27-aastane naispatsient M. S. saabus 17. oktoobril 1951. a. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonda. Patsient kaebas väsimustunnet, südamepekslemist ja valusid parema roidekaare all. Patsient haigestus 3. septembri öösel väga tugevate valudega paremas hüpohondriumis. Tekkis palavik kuni 39°, mis püsis viis päeva. Valud olid püsivad ja kiirdusid parema abaluu piirkonda. Ka sügavam sissehingamine oli raske. Esines iiveldustunne ja oksendamine.

Haiget raviti rajoonihaiglas diagnoosiga «äge sapipõiepõletik». 9. oktoobril suunati patsient Tartusse. Siin osutus sapipõie piirkond komplemisel valutundlikuks, mujal oli abdoomen patoloogiliste muutusteta. Esines subfebrilne palavik. Vererõhk 118/80. Settereaktsioon 20 mm 1 t. Leukots. 4500. Valem: Eos. 1%, Keppt. 12%, Segm.-t. 43%, Lümfots. 41%, Monots. 3%, Hgb 74%, Er. 3,7 milj. Uriin samuti ka duodenaalmahl patoloogilise leiuta. Rindkereelundid, magu ja duodeenum röntgenoloogiliselt normis. Koletsüstografeerimisel sedastati sapipõie hilinenud kontraktsiooni.

Ka Tartus raviti patsiendil sapipõiepõletikku. Valud aga ei lakanud.

25. oktoobri hommikul kaebas patsient iiveldust ja valusid, ka kurtis ta tui mustunnet kätes. Haige nägu punetas silmatorkavalt. Pärast pikemat vestlust raviva arstiga läks patsient klosetti. Palatisse tagasi tulnud, muutus patsient äkki väga kahvatuks, ütles juuresolevale öele, et tal on väga halb ja langes voodi kõrvale maha. Mõni minut hiljem lakkasid südame- ja hingamistegevus ning patsient suri vaatamata elluäratamise katsetele.

Lahangul (Tartu kohtumeditisiiniekspertiisikabinetis) leiti *aorta abdominalis*'e ruptuur. Mõdukalt laienenud aordi umbes 0,5 sm suurusest avast oli veri tunginud pankrease koesse ja osalt ka vabasse kõhuõõnde soolte vahele. Histoloogiliselt diagnoositi *mesaortitis luetica*.

Teine juhtum. Vaimse tööga tegeleval meespatsiendil esinesid alates 46. eluaastast peapöörituse lühiajalised hood. 47. eluaastal (1936. aastal) tekkis patsiendil müokardi infarkt. 3 kuud hiljem tuli patsient uuesti Tartu Ülikooli Sisehaiguste Kliinikusse valude tõttu seljas, mis tekkisid istumisel, ning valude tõttu säärtes pikemal kõndimisel. Seismisel valud lakkasid. Jalad muutusid külmakartlikkudeks. Jalavalude tõttu viibis patsient ka hiljem korduvalt (1952, 1954) Tartu Kliinilise Haigla haavaosakonnas ravimisel. Sel puhul leiti, et patsiendil on mõlemad jalad jahedad ja veidi kahvatud, samuti oli *arteria femoralis*'e pulsatsioon tavalisest nõrgem. Kõhuõõnes patoloogilisi muutusi ei leitud. Rindkere läbivalgustamisel röntgeniga selgus, et aort oli märgatavalt elongeerunud ja südame vasak vatsakene hüpertrofeerunud. Vererõhk oli 150—170/100 mm Hg. Vereanalüüsid 1954. a. juunis: SR 22 mm, Leukots. 6000. Valem: Eos. 1%, Keppt. 1%, Segm.-t. 65%, Lümfots. 30%, Monots. 3%, Hgb 83%. Uriinis üksikuid leukotsüüte.

Diagnoositi oblitereeruvat endarteriiti ja määrati sellele vastav konservatiivne ravi, mis aga olukorda väga vähe parandas.

2. detsembril 1955. a. (patsient oli nüüd 67 aastat vana) kell 15.00 tekkisid patsiendil tänaval kõndides äkki väga tugevad valud paremal pool allkõhus ja suur nõrkusetunne. Ta toimetati viibimata Tartu Kliinilise Haigla siseosakonda, kuhu ta saabus raskes šokiseisundis. Patsient oli soporooses olukorras, kontakti temaga ei olnud võimalik saada. Hingamine oli kiire ja korisev, pulss vaevalt kombeldav. Nahk oli kahvatu, jahe ja hiline. Umbes viie minuti pärast patsient toibus ja suutis kõnelda. Ta kaebas suurt nõrkusetunnet ja valusid paremal pool allkõhus. Ka komplemisel oli nimetatud piirkond väga valulik. seetõttu ei olnud võimalik sügavamalt palpeerida. Peritoniidinähu puudusid. Köht oli puhitunud. Haigel oli iiveldustunne ja ta oksendas. Kehatemperatuur ei olnud kõrgenenud. Vererõhk oli patsiendi saabudes 105/75 mm ja langes siis mõne tunni jooksul 90/60 millimeetrile.

Vereanalüüside dünaamika oli järgmine: Leukotsüütide arv oli patsiendi saabudes 7900, 4 tundi hiljem 14 000 ja järgneva päeva hommikul 15 200. Hemoglobiin langes 18 tunni vältel 78%-lt 56%-le. Settereaktsioon oli kogu aeg madal. Uriinis oli urobilinogeeni reaktsioon tugevasti positiivne.

Elektrokardiogramm ei näidanud värske müokardi-infarkti tunnuseid. Oletati mesenteriaalarteri tromboosi. Et patsiendi seisund õhtuks pidevalt halvenes, otsustati teda laparotomeerida. Naerugaasi- ja hapnikunarkoosi all tekkis aga patsiendil sedavõrd tugev kollabeerumine, et operatsiooni ei teostatud. Narkoosi ajal oli võimalik abdoomenis nabast vasemal palpeerida peopesa suurust pulseerivat resistent-sust. Samas piirkonnas täheldati pulsatsiooni ka vaatlemisel. Kirjeldatud leiu alusel oletati abdominaalse aordi ruptuuri.

Patsienti raviti edaspidi konservatiivselt (analeptikumid, veretransfusioonid, infusioonid, hapnik). Valu ja kollapsseisund jäid püsima ja süvenesid veelgi järgmise päevani. 3. detsembri hommikul tekkis patsiendil kõhulahtisus ja arenesid tugevamad valud jalgades. Üha tugevama vereringeinsufitsientsuse olukorras suri patsient 3. detsembril kell 13.45, s. o. umbes 23 tundi pärast haiguse ägedate nähtude tekkimist.

Lahangul (Tartu kohtumeditsiiniekspertiisikabinetis) leiti paremal umbsoole piirkonnas sooltelingude vahel rohkesti verd. Pisut pealpool kõhuaordi hargnemist leiti umbes hanemuna suurune aneurüsm, mille lülisambapoolses seinas oli mitmekihiline organiseerunud tromb. Trombile vastasseinas oli umbes 5 sm pikkune ristipideline rebend, mille ümbruses olid pehmed koed laialt verdunud. Südame vasaku vatsakese taga seinas oli umbes 2×1 sm suurune sidekoeline kolle. Leidus vere-soonte, eriti aordi väga tugev ateroskleroos.

Need haigusjuhud demonstreerivad meile abdominaalse aordi ruptuuri kahte iseloomulikku vormi. Esimesel juhul see kulges pärast väga ebatüüpilist prodroomi apopleksiataoliselt, tekitades raske šokiseisundi ja põhjustades patsiendi surma mõne minuti jooksul. Teisel juhul oli tegemist juba haigusseisundi protraheeritud vormiga, kus vaskulaarsed häired esinesid anamneesis umbes 20 aasta vältel. Väärib märkimist, et kogu varajasema perioodi haiguspildis olid esiplaanil valud jalgades, mis meenutasid suurel määral *claudicatio intermittens*'it. Valud olid nähtavasti tingitud *aa. iliaca*'te ahenemisest trombimasside tõttu, mille poolt kõneleb ka *a. femoralis*'e pulsatsioonide nõrgenemine mõlemal pool.

Lähtudes meie poolt jälgitud haigusjuhust, võib *aorta abdominalis*'e protraheeritud ruptuuri puhul esinevaid sümptoome liigitada lokaalseiks ja üldisteks.

Lokaalseist nähtudest on esikohal valu, mis meie patsiendil tekkis algul paremal pool allkõhus. Vainstein'i (1) järgi on valu algul kindla lokaliseerumise, koondudes hiljem tavaliselt vasakusse kõhupoolde. Ka seljavalud, mille all patsient kannatas pikemat aega, võivad kuuluda selle haiguspildi juurde. Valusid jalgades ja reiepiirkonnas kirjeldavad ka teised autorid. Nii kirjeldab Mann (4) valusid *n. obturatorius*'e ja *n. genitofemoralis*'e alal, mis kiirguvad ühel või mõlemal pool kuni põlveni — vastavalt aneurüsmi suurusele. Oberwittler ja Kapfhammer (5) täheleandisid *aorta abdominalis*'e rebendi puhul seljavalusid, mis kiirgusid *n. ischiadicus*'e piirkonda. Mainitud autorid peavad iseloomulikuks ka puusast paenutatud jala sundasendit. Meie patsiendil olid valud osalt tingitud aneurüsmi rõhumisest *plexus lumbalis*'ele, osalt aga ka isheemilist laadi, mida kinnitab *claudicatio intermittens*'i pilt.

Abdominaalse aordi ruptuuri pildi juurde kuulub ka soolegaaside peetus ja oksendamine, mis võivad anda ileuse sündroomi. Väga oluliseks lokaalseks leiuks tuleb pidada ekspansiivselt pulseeriva tuumori olemasolu kõhuõõnes, sagedasemalt vasakul pool naba. Selle väljapalpeerimist võivad aga takistada tugevad valud. Aneurüsmi pulsatsioonid võivad puududa suuremate trombimasside tõttu [Pratt (6)]. Kõige paremini on tuumor palpeeritav parempoolses külgasendis [Pratt (6)]. Tuleb pöörata tähelepanu ka kahinate esinemise võimalusele aneurüsmi piirkonnas.

Aneurüsmi diagnoosimisel võib kaasa aidata ka röntgenoloogiline uurimine. Mitmes suunas tehtud röntgeniülevõtteil võib mõnikord näha lubjastusi aneurüsmi seinas. Aneurüsmile viitab ka filmil psoasekulissi ebateravaks muutumine. Ka neeru ja soolte dislokatsioon võib olla diagnostiliseks toetuspunktiks (Oberwittler ja Kapfhammer). Harvemini on täheldatav lülisamba usuur. Ruptureerunud aneurüsm võib põhjustada ka veriokset ja vere esinemist roojas.

Kirjeldatud lokaalsete nähtude kõrval esineb kõhuaordi protraheeritud ruptuuri puhul ka rida üldnähte. Viimaseist silmapaistvaim on tugev šokiseisund ja aeglaselt või kiiresti arenev aneemia. Kehvveresus muutub manifestseks aga tavaliselt teisel või kolmandal päeval ega aita seepärast oluliselt kaasa haiguse varajasele diagnoosimisele. Diagnostiliseks vihjeks

võib olla ka sapipigmentide ilmumine uriinis. Konstantseks leiuks on neutrofiilne leukotsütoos, mis arenes meie patsiendil välja juba paari tunni möödudes. Hiljem võib ka settereaktsioon kiireneda, samuti võib tõusta ka palavik. Kui tromboseeruv aneurüsm ulatub neeruarterite suistikkudeni, võib tekkida neerude puudulikkuse sündroom (Pratt).

Nagu esitatud andmeist nähtub, on abdominaalse aneurüsmi ruptuuri pildis rida nähte, mis meenutavad müokordi infarkti, seda enam, et nii-sugusel haigel võivad sageli esineda ka koronaarinsufitsientsuse nähud või anamneesis on läbipõetud infarkt. Seetõttu omavad diagnostilist väärtust eriti lokaalsed haigusnähud, millele tuleb tähelepanu pöörata igal juhul, kui vanemas eas areneb ebaselge pildiga «ägeda kõhu» sündroom.

Nagu algul tähendatud, ei oma abdominaalse aneurüsmi ja ka selle ruptuuri diagnoosimine ainult teoreetilist tähtsust. Tänapäeval kiiresti arenev vaskulaarse süsteemi kirurgia on astunud esimesi edukaid samme ka abdominaalse aordi aneurüsmi ravimise alal. Aneurüsmi on resetseeritud homologse aorditransplantaadi või kunstliku (nailon-) proteesi sisseasetamisega, aordi seina tugevdamist nailonvõrguga jne. [Pratt (6), Heberer (3)]. Seetõttu on põhjendatud ka püüdlus tõhustada abdominaalse aordi aneurüsmi diagnoosimist, mida taotletakse ka käesoleva kirjutisega.

Kirjandus

1. Вайнштейн Е. М. — Клин. медиц. 3, 143—147, 1957.
2. Goldovsky, S. J. — Spontaneous rupture of abdominal aorta. Rhode-Island M. J. 35, 604—606, 630, Nov. 1952. Tsit. 3 järgi.
3. Heberer, G. — Deutsche med. Wochenschr. 16, 562—569, 1957.
4. Mann, H. — Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 15, 628—630, 1957.
5. Oberwittler, W. u. Kapfhammer, V. — Zentralbl. f. Chir. 33, 1384—1387, 1957.
6. Pratt, G. H. — Cardiovascular Surgery. Philadelphia, 1954 (pp. 386—397).

Клиника спонтанных разрывов брюшного отдела аорты

К. Кырге и Э. Мурашев

Резюме

Спонтанный разрыв брюшного отдела аорты может иметь как апоплектиформное течение, так и более затяжное.

При затяжном течении спонтанных разрывов возможна их клиническая диагностика. Клиническая симптоматология разрывов может быть проанализирована на следующих двух случаях:

В одном случае разрыв брюшной аорты возник у 27-летней больной, который привел к скоростной смерти в результате кровоизлияния в поджелудочную железу, причем этиологическим моментом был сифилис.

В другом случае у 67-летнего больного на почве атеросклероза возникла затяжная форма спонтанного разрыва брюшной аорты, которая привела к смерти в течение 23 часов. У этого больного в прошлом, в 47-летнем возрасте, был диагностирован инфаркт миокарда, к этому же времени относятся его жалобы на боли в нижних конечностях и спине. При затяжной форме спонтанных разрывов брюшной аорты отмечается ряд местных симптомов (боль, расстройство кровообращения в нижних конечностях, пульсирующая опухоль в брюшной полости и рентгенологические данные) и общих явлений (шоковый синдром, лейкоцитоз, анемия, наличие желчных пигментов в моче и т. д.).

В связи с развитием хирургии крупных сосудов большое значение приобретает своевременная диагностика аневризма аорты.

Mõnedest laste toitmise aktuaalsetest küsimustest

A. Vares,

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, paarast M. Smirnova)

Laste täisväärtuslik toitmine on nende õige arenemise ja haigestumuse vältimise peamiseks tagatiseks. Kogu maailma teadlased asuvad seisukohal, et esimese viie kuni kuue elukuu jooksul on kõige väärtuslikumaks lapse toiduks rinnapiim. Kunstlikud piimasegud, kui täiuslikud need ka ei oleks, ei saa kunagi asendada emapiima. Vaatamata sellele hinnangule, kasvab kõikjal kunstliku toitmise erikaal. Näiteks toidetakse Rootsis kuni kahe kuu vanuseni rinnaga ainult 70% lapsi, Šveitsis on see näitaja veelgi madalam — ainult 50%. Ameerika Ühendriikides toidetakse 80% kahekuuseid lapsi kunstlikult. Nõukogude Liidus toidab rõhuv enamik emasid oma lapsi rinnaga kolme kuni kuue kuuni. Eesti NSV-s toidetakse 80% lastest rinnaga kuni kolme kuuni, kuid viimasel ajal täheldatakse meil kunstliku toitmise erikaalu tõusu.

Vaatamata rinnapiima kõrgele immuunbioloogilisele kvaliteedile võib loomulik toitmine ainult sel tingimusel tagada lapse normaalse arenemise, kui seda õigesti rakendatakse ja korrigeeritakse. Eelkõige peab loomulik toitmine kindlustama lapsele mitte minimaalse vaid optimaalse toiduhulga. Seepärast ei eksi mitte ainult need arstid, kes määravad lastele kunstliku või segatoidu põhjendamatult vara, vaid ka need, kes avastavad alatoitlustamise fakti hilja või puhtformaalsetel põhjustel ei määra lapsele lisatoitu isegi rinnapiima ilmse vähesuse puhul. Sünnitusasutustes, kus mõnikord last ei saa toita emarinnaga, vaid talle antakse väljalüpsstud piima, tehakse sageli viga sellega, et piima enne keedetakse. On teada, et ternespiim sisaldab rikkalikult albumiini ja globuliini, mis natiivses seisundis imenduvad sooltest seedimata, millega seoses väheneb tunduvalt seedeelundite koormus. Emapiima keetmisel lagunevad ferментid ja immuunkehad ning denatureeruvad albumiinid ja globuliinid, mille tõttu viimased ei saa maost ega sooltest ilma seedimata imenduda. Sünnitusosakondades tuleb hoiduda laste toitmise lüpsstud piimaga. Kui see aga on vältimatu, siis tuleb lapsi toita keetmata rinnapiimaga. Suur tähtsus on laste organismi küllaldasel varustamisel veega. Eriti tähtis on see sünnitusjärgsel perioodil, millal organismis tekib loomulik veevaegus. Seepärast tuleb lapsi regulaarselt joota lahja tee või viie-protsendilise glükoosilahusega.

Käesoleval ajal on veel lahendamata vastsündinu esmakordse imetamise küsimus. Mõned autorid [I. A. Aršavski (1) jt.] soovivad toitmist alustada 20—30 minutit pärast sünnitamist. Nende andmetel on see kõige füsioloogilisem ja arendab lapse aktiivsust imemisel, soodustab laktatsiooniprotsessi ja väldib vastsündinu kehakaalu langust. Enamik autoreid, nagu A. F. Tur (2) jt., soovivad sünnitanule puhkuse võimaldamise huvides lapse hilisemat rinnale asetamist. See küsimus nõuab veel uurimist, kuid praegu see meetod, kus last esimest korda emarinnast toidetakse alles pärast 12 tunni möödumist sünnitamisest, ei ole millegagi põhjendatud ning on enamikule vastsündinuist kahjulik. Tervet vastsündinut tuleb normaalse sünnituse puhul esmakordselt emarinnast toita hiljemalt 6 tundi pärast sünnitust. Vitamiinide hulk emapiimas ei ole konstantne. E. Vagane (3), uurides emapiima C-vitamiini sisaldust, tegi kindlaks, et selle hulk sõltub aastaajast. Näiteks väheneb askorbiinhappe hulk emapiimas märtsist kuni juulini 2 kuni 2,4 mg%. Sünnitusjärgsete septiliste tüsistuste puhul olid need arvud alla 1 mg%. Emapiima C-vitamiini sisaldust võib hõlpsasti stabiliseerida andes emale iga päev 200 mg C-vitamiini. Vajaduse korral saab C-vitamiini puudujääki organismis kiiresti asendada, andes imetavale emale nädala jooksul iga päev 300 mg C-vitamiini päevas. Hiljem vähendatakse seda annust

100—200 mg-ni päevas. Mis puutub rasvades lahustuvatesse A- ja D-vitamiinidesse, siis ei rahulda nende emapiimas leiduv hulk lapse organismi vajadusi. Seda puudujääki saab korrigeerida, andes lapsele alates teisest elukuust naturaalseid kalamaksaõli, algul 10—20 tilka ja tõstes annust 10—15 päeva jooksul kuni $\frac{1}{2}$ teelusikani kaks korda päevas. Lapse aastaseks saamiseni võib annust suurendada 2—3 teelusikani päevas.

D-vitamiini määramine profülaktilisel eesmärgil on õigustatud ainult juhul, kui laps ei taha kalamaksaõli. Samuti peab meeles pidama, et D-vitamiini üledoseerimine on lapsele kahjulik. See küsimus ei ole meil veel lahendatud. Asi seisneb selles, et apteegivõrk väljastab meditsiinilise kalamaksaõli nimetuse all nii kalamaksaõli kui ka mereloomade (hülge, vaala jne.) rasva. Oletades selle rasva vitamiinisisalduse üheväärsust ei saa sellise olukorraga siiski leppida. Kui varaealised lapsed kalamaksaõli hästi omastavad ja taluvad, siis mereloomade rasva suhtes, mille keemiline koostis kalamaksaõli koostisest erineb, ei ole meil käesoleval ajal küllaldasi andmeid, seepärast ei pea me õigeaks selle andmist alla aasta vanustele lastele.

Sageli esineb emapiimas vähe B-vitamiinide rühma kuuluvaid aineid. Puuduse likvideerimiseks soovitatakse kõikidele lastele alates kahe kuu vanusest anda kaks korda päevas 1 tablett emapiimas lahustatud öllepärm.

Mõnede patoloogiliste seisundite puhul (hüpotroofia, enneaegsus jne.) ei kindlusta küllaldane hulk emapiima lapse vajalikku kehakaalu iivet. Neil juhtudel soovitatakse loomulikku toitmist korrigeerida poole teelusika kohupiima lisamisega 4 korda päevas, või 2—6 grammi plasmoon andmisega 4 korda päevas.

Kasvav organism vajab arenemiseks ka mitmesuguseid mineraal-soolasid ja muid mikroelemente. Kõige rikkamaks mikroelementide allikaks on taimsed toiduained (köögivilj, puuvili). Sellest järeldub, et loomulikku toitmist tuleb korrigeerida naturaalseste puu- ja köögiviljamahladega. Alates kolmandast elukuust antakse lapsele mahu kuni 50 g ööpäevas, alustades poolest teelusikast.

Eesti NSV-s, kus loomulikke ultraviolettkiiri on vähe, peab ratsionaalne toitlustamine vältima ka rahhiidi arenemise võimalusi. Antirahhiitilist faktorit leidub rohkesti munakollases, mida lapse organism hästi omastab. Seda tuleb toidule lisandada ühes köögiviljapüreega, alates kuuendast elukuust, millal iga päev segatakse kõvaks keedetud munakollast peeneks hõõrutult köögiviljapüreesse. Munakollase kõrge kolesteriinisaldus ei peaks põhjustama selle väärtusliku toiduaine ärajätmist.

Sageli on arstil raskusi laste toitlustamisel vaegpiimasuse ja isupuuduse juhtudel.

Laktatsioon on keerukas neurohumoraalne protsess. Rinnapiima tekkimist mõjutavad rinnaga toitva ema hea emotsionaalne toonus, tema täisväärtuslik toitumine, normaalne füsioloogiline uni jne. Teisest küljest vähendavad laktatsiooni mitmesugused elamused, unetud ööd, lapse ebakorrapärane toitmine ja liigväsimus.

Rinnaga toitva ema laktatsiooniprotsessi kõrgel tasemel hoidmiseks tuleb luua normaalsed magamis- ja ärkveloleku tingimused, vältida negatiivseid emotsioone ja toituda korrapäraselt. Arvestades, et lapse imetamine ise soodustab laktatsiooni, ei tohi ilma kaaluva põhjusega piima rinnast enne lapsele andmist välja lüpsta. Kui piima on vähe, tuleb last iga toitmise ajal imetada vaheldumisi mõlemast rinnast.

Lapse emarinnast võõrdumise põhjuseks on sageli pudelist toitmine. Kuna see nõuab lapselt vähemat pingutust toidu saamiseks, siis võib lapsel üsna kiiresti areneda luti suhtes positiivne, emarina suhtes aga negatiivne tingitud refleks. Laktatsiooni soodustab nikotiinhape, mida soovitatakse anda rinnaga toitvale emale 50 mg ööpäevas, ja ultrakõrgsageduslainete toime piimanäärmetesse.

Veel suuremate raskustega tuleb arstil võidelda lapse anoreksia ehk isutuse puhul. Need nähud tekivad kõige sagedamini mao- ja sooltehaiguste põdemise tagajärjel imikueas. Vanemate laste halb isu on tavaliselt seedimisneuroosi tunnuseks. Imiku isu tõstvaks vahendiks on üldised tugevdavad abinõud (õige režiim, värskes õhus viibimine, veeprotse- duurid, massaaž, võimlemine jne.). Seejuures tuleb tagada organismile vajalik hulk vitamiine. Toiduainetest on eelistatavamad hapud segud ja hapud marjamahlad.

Laste toitmise sageduse suhtes ei ole akušöörid ja pediaatrid ühel arvamusel. Näiteks toidetakse sünnitusabiasutustes vastsündinuid enamasti 6 korda ööpäevas. Lastenõuandlad aga soovivad toita last 7 korda, mis vastab kindlasti ka rohkem lapse kolme esimese kuu füsioloogilistele vajadustele. Sellepärast on vaja, et ka sünnitusabiasutused läheksid üle seitsmele toidukorrale ööpäevas.

Peatuksime lühidalt veel haige lapse toitmise peamistel printsiipidel. Kaasaegse dietoloogia seisukohalt peab ka haige laps saama täisväärtuslikku toitu, muidugi tuleb selle juures arvestada tema toidutaluvust. Praegu on loobutud nälja- ja poolnäljadieedist düsenteeria ning rea teiste haiguste puhul. Arstil tuleb meeles pidada, et haige organism vajab rohkem vitamiine kui terve organism. Seepärast peab haige lapse vitamiininorme tõstma.

Paljudes käsiraamatutes soovitatakse sellise sagedasti esineva haiguse puhul, nagu eksudatiivne diatees, piirata mõningaid toite, eriti valkaineid. Selline vaade on vananenud. Eksudatiivse diateesi ravimisel peab laps saama nii koostiselt kui ka hulgalt täisväärtuslikku toitu. Toidusedelist võib välja jätta mõned üksikud toiduained, millede suhtes on kindlaks tehtud individuaalne talumatus. Välismaal on omandanud laialdase leviku laste vaba toimine. Nõukogude pediaatrite koolkond on selles suhtes astunud eitavale seisukohale, kuid igapäevases elus ei saa sellesse küsimusse suhtuda formaalselt. On teada, et tunduv hulk emasid toidab last vabalt ja nende laste sattumisel statsionaari ei tohi seda arvestamata jätta, sest senise toitmiseviisi järsk muutmine võib raskendada haiguse kulgu.

Kirjandus

1. Аршавский И. А. — Специфические особенности физиологии пищеварения в ранние возрастные периоды. Журнал «Педиатрия», 7, 24—26, 1957.
2. Тур А. Ф. — Рациональное вскармливание детей раннего возраста. Тезисы докладов VII Всесоюзного съезда детских врачей, 5—6, Л., 1957.
3. Вагане Э. П. — О содержании витаминов в женском молоке. Тезисы докладов 1 научной конференции по вопросам витаминологии, 5—6, Минздрав ЭССР, 1954.

Актуальные вопросы вскармливания детей раннего возраста

А. Варец

Резюме

1. Рациональное питание является решающим фактором в поддержании жизнедеятельности детского организма на соответствующем уровне и в создании наиболее благоприятных условий для его роста и развития.
2. Практика показывает, что дети грудного возраста чаще страдают от качественной и количественной недостаточности питания, чем от перекорма.
3. Полноценное питание грудного ребенка должно строиться на индивидуальном подходе оценки развития ребенка, причем, учитывая значительные положительные сдвиги в физическом развитии советского народа, меняются и наши представления о нормах физического развития детей грудного возраста. Наблюдения показывают, что абсолютное большинство детей удваивает свой вес уже к 4 месяцам жизни, чего нельзя не учитывать при оценке их физического развития и разрешения вопросов рационального вскармливания.

4. Несмотря на общепринятую истину, что самым полноценным является естественное вскармливание, оно тоже нуждается в корректировании. Это, прежде всего, относится к витаминам. С этой целью детям, начиная со второго месяца жизни, необходимо давать рыбий жир в дозах от 10—20 капель до $\frac{1}{2}$ чайной ложки 2 раза в день, с последующим увеличением дозы до 1 чайной ложки 2 раза в день к 6 месяцам и до 3 чайных ложек в возрасте одного года.

Детям до 1 года можно назначать только тресковый жир.

5. Обеспечить ребенка достаточным количеством витамина «С» при грудном вскармливании лучше всего, витаминизируя пищу кормящей матери, а при искусственном вскармливании — путем добавления чистого препарата аскорбиновой кислоты к молочным смесям.

Возможный недостаток витамина комплекса «В» лучше всего предотвратить назначением всем детям с 2-месячного возраста сухих пивных дрожжей по 1 табл. 2 раза в день с молоком.

6. Назначение натуральных овощных и фруктовых соков всем детям, начиная с 2-месячного возраста, в количестве от $\frac{1}{2}$ чайной ложки до 50,0 в день обеспечивает потребность организма ребенка важнейшими микроэлементами и, отчасти, некоторыми витаминами.

Võrdlevaid andmeid sportivate ja mittesportivate Rakvere kooliõpilaste füüsilise arengu ja haigestumuse kohta

F. Markusas,

Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri peaarst

Kehakultuur ja sport on tähtsad tegurid töötajate kommunistlikul kasvatamisel. Suur on nende tähtsus ka terve, füüsiliselt tugeva, karastatud noore sugupõlve kasvatamisel. Seepärast hoolitsebki riik pidevalt kehakultuuri ja spordi arendamise eest.

Meil on asutatud suur hulk spordikoole, antud töötajatele tasuta kasutamiseks spordihooned ning sisse seatud kehakultuuri tunnid kohustusliku ainena kõigis õppeasutustes. Kuid kahjuks ei mõisteta veel spordi ja kehakultuuri tähtsust inimeste igakülgse arendamisel. Mõned lastevanemad arvavad ikka veel, et õpilaste osavõtt spordikooli tööst takistab nende head edasijõudmist üldhariduslikus koolis.

Ometi ei saa pidada koolis ettenähtud 1—2 kehakultuuritundi nädalas küllaldaseks, et kindlustada õpilaste hea tervis ja füüsiline arenemine ning täita seda profülaktilist ja tervistavat ülesannet, mis kehakultuuril on Nõukogude tervishoiusüsteemis.

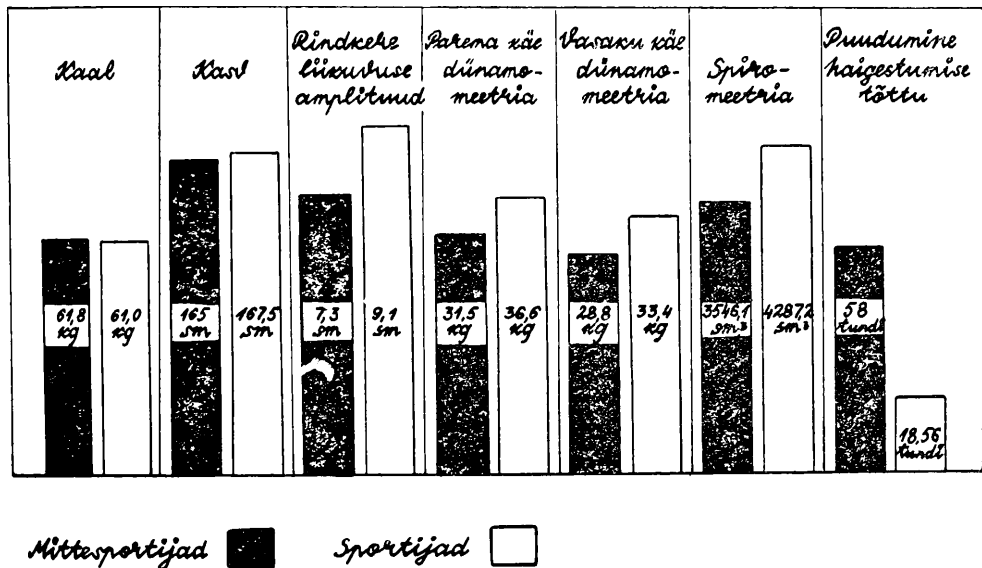
Terve ja karastatud sugupõlve kasvatamisel omab suurt tähtsust kehakultuuri õpetaja, kes võib otstarbekate harjutuste abil soodustada õpilaste füüsilist arenemist. Kehakultuurlaste ja sportlaste kehahoia ja rüht muutuvad ja lihased tugevnevad, nad arenevad füüsiliselt paremini kui need inimesed, kes ei tegele kehakultuuri ja spordiga. Nende vastupanuvõime väliskeskonna kahjulikele teguritele tõuseb ja nad haigestuvad palju harvemini.

Kaht viimast fakti, s. o. õpilaste paremat füüsilist arenemist ja haigestumuse vähenemist lastespordikoolis ja spordiga tegelevate õpilaste hulgas püüame tõestada vastava uurimuse tulemuse põhjal. Uuriti 460 Rakvere kooliõpilast, vanuses 14—17 aastani. Igas uuritavas rühmas oli võrdne arv sportivaid ja mittesportivaid õpilasi, kusjuures 230 õpilast tegeles kehakultuuri ja spordiga lastespordikoolis juba üle aasta. Ülejäänud 230 õpilast tegelesid kehakultuuriga ainult vastavate tundide ajal koolis.

Füüsilise arenemise näitajaiks oli õpilase pikkus, kehakaal, rindkere liikuvuse amplituud (vahe maksimaalse sissehingamise ja väljahingamise vahel), dünamomeetria (s. o. sõrmede surve tugevuse mõõtmine) ja spiro-meetria (s. o. kopsude elulise mahu mõõtmine).

Ülalmainitud näitajad, peale pikkuse ja kaalu, peavad treeningu toimetel suurenema, sest pideva treeninguga tugevdatakse treenitavaid elundeid ja suurendatakse nende vastupidavust. Treening peab aga olema doseeritud, sest liigne treening võib olla koguni kahjulik. Ainult regulaarne treening võib anda oodatud tulemusi. Sellepärast on iga sportlane, iga spordikooli õpilane ja iga spordiühingu või sektsiooni liige kooli- või spordiarsti pideva järelevalve all. Arst jälgib treenimise protsessi ja kontrollib treenitavate tervist.

Tabel nr. 1



Tabelis nr. 1 on toodud võrdlevad andmed (keskmised) õpilaste füüsilise arengu kohta. Mustad tulbad näitavad andmeid õpilaste kohta, kes tegelevad kehakultuuriga ainult vastavate tundide ajal koolis, valged tulbad aga õpilaste kohta, kes tegelevad peale selle veel spordikoolis. Võrdlus näitab, et treening peaaegu ei toimi kasvusse ega kehakaalusse, kuid füüsilise arengu teised näitajad on mittesportivate ja spordikooli õpilaste hulgas tunduvalt erinevad. Mis puutub haigestumusse, siis on spordikooli õpilased palju vähem haiguse tõttu koolist puudunud kui mittesportivad õpilased.

Nagu tabelist nr. 1 nähtub (keskmised andmed) puudus iga mittesportiv õpilane aasta jooksul haiguse tõttu koolist keskmiselt 58 tundi, kuid iga sportiv õpilane ainult 18 tundi.

Andmed õpilaste haigestumiste kohta on saadud küsitluse teel ja klassipäevikute andmete järgi.

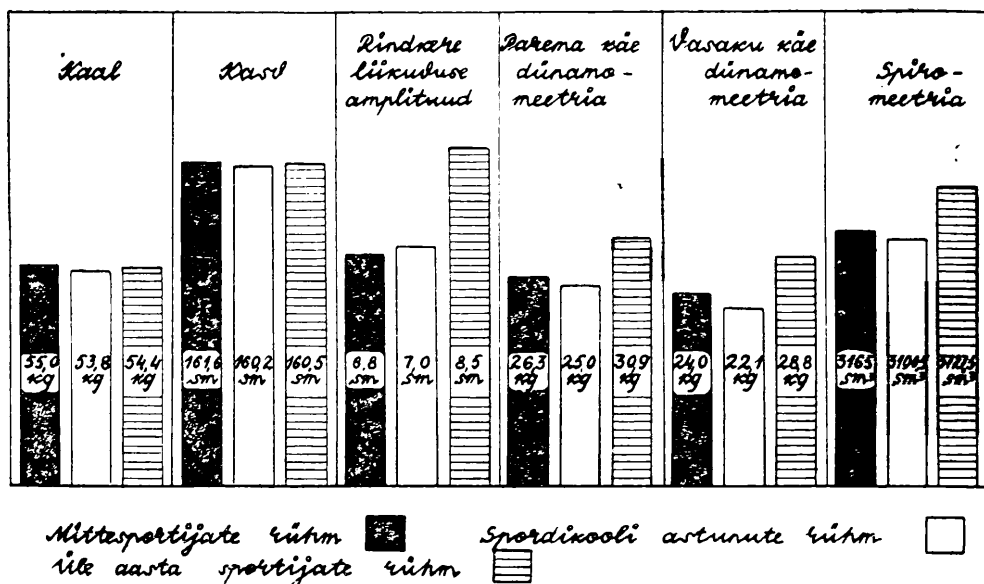
Õpilaste füüsilise arenemise uurimist alustades võis õpetajate hulgas kuulda väiteid, et loomulikult on spordikooli õpilased tugevamad ja füüsiliselt enam arenenud kui teised lapsed. See aga ei olene kehakultuurist, vaid sellest, et spordikooli võetakse ainult füüsiliselt tugevaid ja hästi arenenud lapsi.

Selle väite lükkavad aga ümber kolme rühma 14-aastaste õpilaste uurimise tulemused. Tabelis nr. 2 on mustade tulpadega märgitud andmed 60-ne õpilase kohta, kes tegelevad kehakultuuriga ainult koolis võim-

lemistunni ajal, valgete tulpadega on märgitud andmed sama arvu õpilaste kohta, kes alles spordikooli astusid. (Arvesse on võetud kõik 14-aastaselt spordikooli astunud õpilased). Triibuliste tulpadega on märgitud andmed 14-aastaste õpilaste kohta, kes juba üle aasta tegelevad spordikoolis.

Nagu nendest andmetest nähtub, ei ole erilist vahet sportivate ja mitesportivate laste kasvus ja kaalus, kuid andmed treeningust tingitud kehalise arenemise kohta on palju paremad nendel õpilastel, kes on spordiga tegelnud üle aasta. Olulist vahet ei ole aga õpilaste vahel, kes on alles spordikooli astunud, võrreldes õpilastega, kes spordivad ainult koolis võimlemistunnis.

Tabel nr. 2



Seega on ilmne, et kehakultuur ja sport soodustavad noorsoo füüsilist arenemist ja vähendavad tunduvalt haigestumust, olles seega võimaks profülaktiliseks vahendiks.

Järeldused

1. Kuna kehakultuur on võimas profülaktiline vahend nõukogude tervishoius, on vaja, et iga arst, vaatamata oma meditsiinilisele erialale, propageeriks kehakultuuri ja sporti.

2. Vähesese kehalise kasvatusetunde arvu tõttu koolis ei saa lahendada noorsoo kehalise kasvatusetunde probleemi. Seepärast tuleb õppeasutustes kehalise kasvatusetunde arvu suurendada.

3. Täisväärtusliku kehalise kasvatusetunde ülesanne peab lasuma mitte ainult kehakultuuri õpetajail, vaid ka kõigil teistel pedagoogidel ning lastevanemail.

4. Süstemaatiline treenimine spordikoolides parandab õpilaste üldist füüsilist arenemist ja vähendab haigestumust.

Сравнительные данные физического развития и заболеваемости учащихся г. Раквере, занимающихся и не занимающихся в спортивной школе

Ф. Маркусас

Резюме

1. В статье подчеркивается, что физическая культура является мощным профилактическим средством в руках советского здравоохранения, и поэтому необходимо, чтобы каждый врач, независимо от медицинской специальности, был пропагандистом физической культуры и спорта.

2. Уроки физического воспитания в школе при том количестве часов, которое им уделяется, не могут решать проблему физического воспитания молодежи. Поэтому назрела необходимость увеличения часов занятий по физическому воспитанию в течение недели в учебных заведениях.

3. Задача полноценного физического воспитания молодежи должна находиться в поле зрения не только преподавателей физкультуры, но и всех других педагогов, а также и родителей.

4. Систематические занятия учащихся в спортивных школах улучшают их общее физическое развитие и способствуют снижению заболеваемости.

Salmonella typhosa eritumisest hingamisteede kaudu kõhutüüfusehaigetel

E. Tallmeister, meditsiiniteaduste kandidaat ja

E. Tammepõld, meditsiiniteaduste kandidaat

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste doktor, Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lepp)

Haiguse tekitajate esinemine hingamisteedes kõhutüüfuse puhul on olnud väheste autorite uurimisobjektiks, kusjuures olemasolevad andmed on väga erinevad ja vastukäivad. Stühlern (1), Dieudonné (2) ja teised said positiivseid tulemusi kõhutüüfusehaigete röga uurimisel, kellel tüsistusena esines kopsupõletik. Hilisemates uurimustes leiavad mitmed autorid kõhutüüfuse tekitajaid haigete kurgulimast ja rögast ka tüsistumata protsesside puhul, rõhutades selle leiu suurt epidemioloogilist ja samuti diagnostilist tähtsust. Manicatide (3) isoleeris kõhutüüfusehaigetel, kaasa arvatud isegi ambulatoorsed vormid, enam kui 70 protsendil juhtudest kõhutüüfuse tekitajaid kurgu- või neelulimast, soovitades nimetatud uurimusi rakendada kõhutüüfuse varajase diagnoosimise huvides. Sinai, Zemtsova, Kogan ning Hait (4) täheldasid 90 haige uurimisel 15 juhul *Salmonella typhosa*'t kurgulimas. Nimetatud autorid leidsid sama mikroobi paljudel juhtudel sanitaride kurgulimast, kes töötasid kõhutüüfusehaigete osakonnas. Gubinski (5), kes isoleeris kõhutüüfuse ja paratüüfuse tekitajaid kurgulimast 23,3 protsendil kõhutüüfuse- ja paratüüfusehaigetel, märgib, et nimetatud fakt on väga suure tähtsusega sanitaarse režiimi kindlustamisel haiglates. Knorr (6) omistab kõhutüüfuse epideemia tekkimisel koguni suuremat osatähtsust piisknakkusele kui kärbsefaktoreile.

Seevastu ei omista autorid, nagu Kathe (7), Schütz (8), Goldenberg (9), kelledest osa vaid üksikul juhul isoleerisid hingamisteede eritistest *Salmonella typhosa*, mainitud leiule mingit epidemioloogilist või diagnostilist tähtsust.

Arvestades esitatud andmete suuri erinevusi ja küsimuse epidemio- loogilist tähtsust, peame silmas ka asjaolu, et kõik nimetatud uurimused on teostatud enne seda, kui kõhutüüfusehaigete raviks hakati kasutama antibiootikume. Nimetatud põhjustel oli käesoleva töö ülesandeks uurida kõhutüüfuse tekitajate esinemist kõhutüüfusehaigete rögas, kurgu- ja ninalimas ning võrrelda tulemusi teiste autorite andmetega.

Uurimistöö perioodil võeti vaatluse alla kõik kõhutüüfusehaiged, kes saabusid ravimisele Tartu Kliinilisse Nakkushaiglasse, üldse 28 juhtu. Uuritute hulgas oli 20 naist ja 8 meest, vanuses 10 kuni 65 aastani. Kuigi 23 isikut haigete üldarvust, s. o. rõhuv enamus, ei olnud varem kõhutüü- fuse vastu vaktsineeritud, kulges haigus raskesti ainult viiel juhul. Üle- jäänud arvust oli 20 keskmise ja ainult 3 haigusjuhtu kerge abortiivse kuluga. Kõhutüüfuse diagnoos kinnitus bakterioloogiliselt 11-l juhul, kuna ülejäänud juhtudel baseerus diagnoos kliinilisele leiule ning seroloogilise ja epidemioloogilise uurimise andmetele.

Uurimismaterjali võtmine toimus järgmiselt: röga lasti haigetel 24 tunni jooksul koguda steriilsesse ja keemilistest desinfektsioonivahen- ditest vabadesse röगतopsidesse. Kurgu- ja ninalima võeti haigetelt steriil- sete vatitampoonidega hommikul, enne söömist ning ravimite manusta- mist. Haigetelt koguti nimetatud eritisi uurimiseks korduvalt, võimalikult kohe peale hospitaliseerimist, kogu haiglasviibimise aja jooksul 1—2 korda nädalas. Ainult neljalt haigelt saadi uurimismaterjali üldse ainult kaks korda, kuna kõigilt ülejäänud haigeilt võeti seda 3, 4, 5 ja isegi kuni 8 korda. Üldse uuriti kurgu- ja ninalima kumbagi 99 korda, röga aga 110 korda. Kokku teostati seega 308 hingamisteede eritiste uurimist 28-l haigel. Materjal külvati söötmele samal päeval, tavaliselt nelja kuni viie tunni pärast.

Kurgu- ja ninalima külvati sama vatitampooniga, millega materjal võeti, kummaltki kahele diferentsiaaldiagnostilise söötmega Petri tassile. Nimetatud söötmena kasutati laktoosagarit 0,04 protsendilise broom- tümoolsinisega. Viimast lisandati söötmele vahekorras 1 : 10. Röga kül- vati 1—2 ml steriilse pipetiga Kauffman'i rikastussöötmesse. Peale ter- mostaadis 37° C juures inkubeerimist 12 kuni 18 tunni jooksul külvati sel- lest 1 ja 2 aasatäit mitmele Petri tassile broomtümoollaktoosagariga. Materjali esialgne külvamine Kauffmann'i söötmesse ja selle kasvata- mine 12 kuni 18 tunni jooksul osutus eelkatsetes rögasse segatud kõhu- tüüfusetekitajatega kõige soodsamaks. Isoleeritud tüvedel uuriti biokee- milisi, seroloogilisi ja teisi omadusi üldtuntud meetodi abil.

Bakterioloogilistes külvides leiti palju mitmesuguseid grampositiiv- seid kokke ja pärmisarnaseid mikroorganisme, vähemal määral gramnega- tiivseid baktereid. Ühelgi juhul ei isoleeritud kultuure, mida oleks saa- nud kõigi omaduste põhjal liigitada kõhutüüfuse või paratüüfuse tekita- jate hulka. Gramnegatiivsetest bakteritest isoleeriti kõige sagedamini *Alcaligenes faecalis*, *Aerobacter aerogenes*, harvemini ka *Bacterium coli*. Nimetatud liike tavaliselt ülemistes hingamisteedes ei leidu. Ühelt hai- gelt (56-aastane haige M. Z.) isoleeriti rögast mitmel korral gramnega- tiivne tüvi, mis esialgsel vaatlusel andis mikroaglutinatsiooni *Salmonella typhosa* aglutineeriva seerumiga. Biokeemiliste omaduste poolest nime- tatud tüvi erines *Salmonella typhosa*'st, fermenteerides ainult glükoosi. Peale seda, kui korduvates ümberkülvides Petri tassil lihapeptonagariga selekteeriti täiesti puhas S-variant, kadus ülalmainitud seerumis ka nime- tatud tüve aglutinatsioon.

Käesoleva töö negatiivsed tulemused *Salmonella typhosa* leiu suh- tes haigete rögas või kurgulimas lähenevad teatud määral Schütz'i (8), Kathe (7) ning Goldenberg'i (9) tulemustele, kelledest kaks viimast autorit avastasid kõhutüüfuse tekitajaid hingamisteede eritistes vaid üksikjuhuna, esimene aga üldse mitte. Asjaolu, et käesolevas töös ei isoleeritud *Salmo-*

nella *typhosa*'t ühelgi korral, laseb end töö autorite arvates seletada rea põhjustega.

Kõigepealt ei esinenud uuritud haigete seas angiini, pneumooniat ega bronhopneumooniat, mille esinemisel on Stühlern'i (1) Drigalski (10) ja teiste andmeil tüüfuse tekitajate eritumine hingamisteede kaudu kõige sagedasem. Küll aga täheldati käesolevas töös kümnel haigel bronhiiti, mis oli ühel juhul koguni väga tugevasti välja kujunenud.

Nakkushaigla laboratooriumi andmeil ei esinenud paranemisperioodil ühelgi uuritud juhul püsivamat tekitajate eritumist rooja või uriiniga. Eriti paranejatel haigetel esineva batsillieritamise puhul on autorid, nagu Eggebrecht (11) ja Gould ning Qualls (12) täheldanud kõhutüüfuse tekitajate eritumist röga. Kuigi mitte ühelgi käesolevas töös uuritud juhul ei avastatud haiglas batsillieritajaid, võis epidemioloogilisel uurimisel kahtlustada püsieritajana siiski eelpoolkirjeldatud haigusjuhtu M. Z. Nimelt haigestus üks kuu pärast M. Z. kojuminekut samas perekonnas 2 last kõhutüüfusesse. Korduvad haige M. Z. röga, kurgu- ja ninalima uurimised osutusid aga siiski negatiivseteks.

Väga oluliseks käesoleva töö tulemusi mõjutanud teguriks tuleb autorite arvates pidada aga asjaolu, et kõiki uuritud kõhutüüfushaigeid raviti antibiootikumidega. Kõigile haigeile ordineeriti süntomütsiini, mida anti iga haige kohta keskmiselt 34,5 g umbes 14 päeva jooksul. Peale selle kombineeriti süntomütsiinravi enamikul juhtudest biomütsiiniga (16 juhul ordineeriti keskmiselt igale haigele 3,7 g biomütsiini), streptomütsiiniga (ühelsal juhul keskmiselt 3,4 g) ja levomütsetiiniga (kahel juhul keskmiselt 12,8 g). Võis korduvalt täheleda, et eriti kombineeritud ravi jooksul antibiootikumidega leidis haigete kurgulima ja röga külvides broomtümoallaktoosagaril Petri tassis ainult üksikuid mikroobipesi. Nii leidis haige M. Z. röga külvis Petri tassis kolmandas uuringus ainult 3 pesa. Samal perioodil teostus haige ravi süntomütsiini ja biomütsiiniga. Samuti ka haigete E. T. ja R. T. röga külvides kolmandast uuringust leidis süntomütsiini ja biomütsiini manustamise perioodil ainult 2 pesa. Haige I. J. röga ja kurgulima neljandas uuringus leidis kombineeritud süntomütsiini ja streptomütsiinravi perioodil vastavalt 2 ja 3 pesa. Peale ravi lõpetamist antibiootikumidega tõusis aga nimetatud haigetel röga ja kurgulima külvides vastavatel söötmetel kasvanud pesade arv sadadesse ja üle selle. Seejuures oli külvimaterjali hulk alati ühesugune. Huvitaval kombel avaldus kasvanud pesade arvu vähenemine söötmetel ninalima külvides palju vähemal määral.

Peab märkima, et ravi antibiootikumidega, mida alustati kõigi haigete juures juba nende hospitaliseerimise päeval, ei takistanud siiski *Salmonella typhosa* isoleerimist 11-e haige vere külvist. Antud asjaolu tõendab, et antibiootikumide manustamine ei võinud siiski täielikult pidurdada *Salmonella typhosa* kasvu haigeilt võetud vastava materjali külvides. Ülalmainitud pesade arvu vähenemist eritiste külvides täheldati peamiselt uuringutes, mis teostati mitte antibiootikumide ravi algul, vaid juba mitu päeva kestnud ravi jooksul.

On üldiselt teada, et antibiootikumid on suure efektiivsusega tüsistuste ning sekundaarsete infektsioonide, seega ka eelpoolmainitud tüüfuspneumooniate vältimisel. Viimaste esinemisel on *Salmonella typhosa* leid haige rögakülvides kõige sagedasem. Seega on tõenäoliselt käesoleva töö negatiivsetes tulemustes olulised kõik kolm tegurit: kopsutüsistuste ja batsillieritumise puudumine ning ravimine antibiootikumidega.

Tuginedes käesoleva töö tulemustele ja paljudele teiste autorite andmetele võib üldiselt konstateerida, et kõhutüüfuse tekitajate eritumine hingamisteede kaudu ei oma erilist epidemioloogilist tähtsust.

1. Stühlern, V. — Beitrag zur Bakteriologie der lobären Typhus-Pneumonien. Centralbl. f. Bakt. Par. u. Inf. 27, 353—356, 1900.
2. Dieudonné, A. — Zur Bakteriologie der Typhuspneumonien. Centralbl. f. Bakt. Par. u. Inf. 30, 481—483, 1901.
3. Manicatide, M. — Sur la recherche du bacille typhique dans la pharynx des malades de la fièvre typhoïde Centralbl. f. Bakt. Par. u. Inf. 46, 221—222, 1908.
4. Синай, Т. Я., Земцова О. М., Коган Н. В., Хайт С. Л. — Капельная инфекция при брюшном тифе и паратифе. Журн. Микр. и иммунобиол., том XI, вып. 3, 397—403, 1933.
5. Губинский А. М. — К вопросу о капельной инфекции при брюшном тифе и паратифе. Труды Дальневосточного Мед. Института 5, 79—80, Хабаровск, 1938.
6. Knorr, M. — Explosiv- und Tardivepidemien. Münch. Med. Wochenschr. 46, 1945—1950, 1927.
7. Kathe, H. — Die bakteriologische Typhusdiagnose. Centralbl. f. Bakt. Par. u. Inf. 55, 402—428, 1910.
8. Schütz, F. — Jahresbericht 1915/16 des Untersuchungsamtes für ansteckende Krankheiten in Regierungsbezirk Königsberg. Hyg. Rundschau, Jg. 26, 1916, 417. Ref. Centralbl. f. Bakt. Par. u. Inf. R. 67, 226, 1919.
9. Гольденберг Д. Я. — К вопросу о нахождении брюшнотифозных микробов в зеве больных. Труды Украинского Института Эпидемиологии и микробиологии им. Мечникова, том XIV, вып. 2, 39—41, Харьков, 1948.
10. Drigalski, V. — Ueber Ergebnisse bei der Bekämpfung des Typhus nach Robert Koch. Centralbl. f. Bakt. Par. u. Inf. 35, 776—798, 1904.
11. Eggebrecht, P. — Mundtyphusbazillenträger. Münch. Med. Wochenschr. 11, 401—402, 1916.
12. Gould, C. W. and Qualls, G. L. — A study of the convalescent carriers of typhoid. The Journal of the American Medical Association, Vol. 58, 7, 542—546, 1912.

О выделении возбудителей брюшного тифа через дыхательные пути у брюшнотифозных больных

Э. Таллмейстер и Э. Таммепылд

Резюме

Авторами статьи были проведены 308 повторных исследований слизи зева и носа и мокроты у 28 больных брюшным тифом.

Ни у одного из исследованных больных в слизи зева и носа, а также в мокроте брюшнотифозных палочек обнаружено не было. Это может быть обусловлено тем, что ни у одного из них не наблюдалось осложнений со стороны дыхательных путей, а по выздоровлении не было обнаружено бациллоносительства, и всех больных лечили антибиотиками.

Можно сказать, что с эпидемиологической точки зрения выделение возбудителей брюшного тифа с мокротой не имеет существенного значения.

POLIOMÜELIIDI RAVIMISEST AKUUTSES STAADIUMIS

E. Raudam

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedrist,
juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent E. R a u d a m)

Poliomüeliidahaigete ravimine akuutses staadiumis on väga vastustusrikas ülesanne, sest ravimise efektiivsusest selles perioodis sõltub haige elu, tervis ning paranemine.

Poliomüeliidi ravimise küsimus akuutses staadiumis on teoreetiliselt veel lahendamata, mille tõttu ka ravimeetodid selles perioodis erinevad. Näiteks ei kasutata anglosaksi maades poliomüeliidi akuutses staadiumis medikamente, Prantsusmaal pööratakse aga sellele suurt tähelepanu.

On teada, et poliomüeliidi paranemisjärgus ei etenda olulist osa aksonite regeneratsioon seljaajust perifeeriasse. Halvatud lihaste jõu taastumine sõltub sellest, kuivõrd on säilinud seljaaju motoorsed ganglionirakud, mis innerveerivad teatud lihast (7). Seepärast on vaja kõik teha selleks, et ganglioni motoorsed rakud poliomüeliidi akuutses staadiumis kannataksid minimaalselt või säilitaksid oma intaktsuse täielikult. Nimetatud eesmärki võib käesoleval ajal teatavates piirides saavutada, rakendades kompleksset patogeneetilist ravi ja silmas pidades haiguse staadiume ning vorme.

Poliomüeliidi akuutses staadiumis eristatakse Bodian'i järgi intestinaalset ehk previruseemilist, viruseemilist ja paralüütilist faasi.

Intestinaalses faasis paljuneb viirus Peyer'i naastudes, tonsillides ja mesenteriaalsetes lümfisõlmedes. Sellele järgneb lühiajaline viruseemiline faas. Pärast seda faasi viirus tungib vereringeelundeist kesknärvisüsteemi ja põhjustab halvatusi. Viirus saab tungida kesknärvisüsteemi kõige kergemini seljaaju nimmepiirkonnas, kaelaosas ja ajutüves.

Poliomüeliidi ravi tagajärjed on seda tõhusamad, mida varemini seda alatakse. Poliomüeliidahaige ravimine peab algama esimeste haigusümptomide ilmnemisel või juba reaalse haigestumisohtu puhul. Peamist tähelepanu tuleb pöörata viiruse kesknärvisüsteemi tungimise vältimisele ja viiruse paljunemise pidurdamisele organismis.

Püstitatud eesmärgi saavutamiseks kasutame varajases preparalüütilises staadiumis järgmisi põhimõtteid.

Tähtsaimaks nõudeks, millega vähendatakse paralüüside kujunemise ohtu, on füüsiline rahu. Horstman (8) näitas, et voodirahu haiguse esimestest sümptoomidest alates vähendab, halvatuste riisikot veerandi kuni poole võrra. Russel (9) väitis, et lihasgruppide selektiivne tegevus soodustab lokaalsete halvatuste tekkimist.

Miks kehaline pingutus soodustab halvatuste tekkimist, pole lõplikuks selge. Arvatakse, et see on seotud töötavate ganglionirakkude ainevahetuse seisundiga [Brehme (9)]. Nimelt kulgevad töötavas närvirakus intensiivselt ainevahetusprotsessid, eelkõige nukleiinhappe ja valgu süntees. Aktiivses tegevuses olevasse närvirakku sattunud viirus leiab siit sobivad tingimused paljunemiseks. On teada, et poliomüeliidi halvatusest on ohustatud eriti need ganglionirakud, millede ainevahetus on elavam ja mis sisaldavad rohkem neurofibrille. Selletõttu paralüseeruvad jäsemete proksimaalsed lihased sagedamini kui distaalsed.

NSV Liidus varematal aastatel saadud kogemus medikamentoose uneravi rakendamisel ja 1952. aastal (9) alustatud fenotiasiinderivaatide (megafeen, latiboon) kasutamine on näidanud, et füüsilise rahu kõrval on «keemilise rahu» printsibil tähtis koht halvatuse profülaktikas. Fenotiasiinderivaadid vähendavad ganglionirakkude resistentsust hüpoksia suhtes, tihendavad kapillaare ja vähendavad ajuturset. Lülitatakse välja

häärivad mõjud korteksist ja hüpotaalamusest. Haige vabaneb emotsioonidest, hingab rahulikult ja sügavalt, kopsude ventilatsioon suureneb ja organism saab rohkem hapnikku. Fagojard (9) ravis kokku 31 täiskasvanut ja last 3—5 päeva kestel fenotiasiinpreparaatidega (megafeen, latibioon, atosiil). Kõik haiged paranesid ja ükski neist ei vajanud kunstlikku hingamist.

János Mihály (10) ravis 1955. a. augustis 12 rasket haiget samade preparaatidega. Kolm neist suri varsti. Üheksa haige ravimisel jäi mulje, et paralüüside levik aeglustus või isegi peatus.

Organismi immuunbioloogilise jõu suurendamiseks poliomüeliidi vastu rakendatakse 1948. a. alates gammaglobuliini. Gammaglobuliin tuleb eelistada rekonvalesentsentide vere, rekonvalesentsentide seerumi ja leetriseerumi süstimisele, sest see on neist 15—20 korda kontsentreeritum, ei põhjusta seerumihaigust ega sensibiliseeri organismi, eriti Rh faktori suhtes. Bodian (11, 12) selgitas gammaglobuliini efektiivsust ahvidel. Gammaglobuliin vältis ahvidel halvatusete tekkimist, kui seda süstiti ajavahemikus 3 nädalat enne kuni 3 päeva pärast infitseerimist. Selgus, et viiruseemia vältimiseks vajame tühiseid antikeha-kontsentratsioone. Gammaglobuliin ei mõjusta aga viiruse eritumist ega viiruse kandmist. Nebraska osariigis USA-s süstiti 1951. ja 1952. aastal 54 772-st 1—11 aasta vanusest lapsest pooltele gammaglobuliini ja pooltele želatiini. Selgus, et gammaglobuliini süsted vähendasid paralüütilise poliomüeliidi juhtude arvu ja halvatused olid kerged. Gammaglobuliini rakendamisel tuleb tähelepanu juhtida sellele, et suurt tõhusust omavad ainult need gammaglobuliini seeriad, mis sisaldavad antikehi kõigi kolme poliomüeliidi immuunbioloogilise tüve vastu. Poliomüeliidi Uurimise Instituut uuris 36 NSV Liidus toodetavat gammaglobuliini seeriat, millest 25 seeriat sisaldasid kõigi kolme tüve antikehi. Kõige kõrgem tiiter on tavaliselt esimesel tüvel [Kulikova, Sokolov, Alimova (13)]. Seepärast on ka arusaadav, miks erinevad kirjanduse arvamused gammaglobuliini tõhususe suhtes poliomüeliidi ravimisel. Üldiselt soovitatakse gammaglobuliine kasutada ravimiseks 0,3—0,5 ml pro kg pro die poliomüeliidi preparatüütilises staadiumis. Tartu Närvikiinikus manustame gammaglobuliine ka pärast halvatusete tekkimist, kuni halvatus enam ei süvene, eriti lastel, sest gammaglobuliinil on peale spetsiifilise poliomüeliidi viiruseid neutraliseeriva toime veel üldisem immuunbioloogiline toime, mis aitab vältida komplikatsioone eriti gammaglobulineemia puhul.

Organismi immuunbioloogilise seisundi säilitamisel on tähtis koht hüpofüsaar-adrenaal süsteemil. Kõrge temperatuur, hingamishäired ja psüühiline rahunus osutavad stress-reaktsiooni (Selye) esinemisele ja häiretele hüpofüsaar-adrenaalsüsteemis. Gemmzell'i (14) uurimised, kus ta jälgis 17 hüdrooksükortikoidide kontsentratsiooni plasmas, näitasid eriti bulbaarsetel vormidel 17 hüdrooksükortikoidide kontsentratsiooni langust veres. Lähtudes kliinilistest kogemustest, on hakatud viimastel aastatel prantsuse kliinikutes [Leroy (6)] kasutama poliomüeliidi akuutses staadiumis kortiini, mis on teatavasti neerupealise koorolluse kogumhormoon. Tuleb aga hoiatada kasutamast kortisooni ja AKTH-d poliomüeliidi akuutses staadiumis, sest eksperimendid loomadega on vastuvaidlematult tõestanud, et nimetatud hormoonide süstimine nõrgendab organismi immuunbioloogilisi jõude ja soodustab nakkuse levimist organismis.

Keskset kohta kaasaja poliomüeliidi akuutse staadiumi ravisüsteemides omab hapnikravi. Hapniku manustamiseks on konstrueeritud väga keerukaid kunstliku hingamise aparate, mida rakendatakse aga ainult siis, kui on tekkinud kliiniliselt manifestsed hingamishäired. Hingamishäirete tunnusteks on tsüanoos, mis on hüpokseemia tunnus; kõrge vere rõhk, mis osutab hüperkapniale; hingamise frekvents lastel üle 40—50 korra minutis ja täiskasvanuil üle 32 korra minutis ning hirmutunne,

rahatust, unetus, lühike kõne jne. Hingamise nõrkuse parimaks kliiniliseks näitajaks on vitaalkapatsiteedi vähenemine. Kolme kuni seitsmeaastastel lastel on see normaalselt 600—1300 ja täiskasvanuil 3500 kuni 4000 ml. Manifestse hapnikuvaeguse puhul võib aga veresoonte permeabiliteedi suurenemise tõttu väga kergesti tekkida akuutne ajuturse ja kopsuturse, mis põhjustavad surma. Sektsioonid ongi seda tõestanud. Hapniku suurt tähtsust näitab ka see, et aju tarvitab, vaatamata sellele et ta kaal on 2% keha raskusest, 15 kuni 17% kogu organismi hapnikust. Juba kolme- kuni neljamineutiline ajuvereringe puudulikkus põhjustab ganglionirakkudes irreversibelseid muutusi.

Hinnates eelöeldut ja fakte, et hapniku ja süsihappugaasi difusioon alveoolidest on poliomüeliidi akuutses staadiumis häiritud, et hingamise halvatused poliomüeliidi puhul võivad tekkida väga kiiresti ja ootamatult, et hapnikuvaegus on kliiniliselt sedastatav alles siis, kui Hgb protsent veres langeb alla 85, oleme (15) poliomüeliidi akuutses staadiumis erinevalt kirjanduse andmetest ravinud kõiki haigeid hapnikuga. Hapnikravi kasutame preparalüütilisest staadiumist alates O₂ inhalatsioonidena ja subkutaansete süstetena. Hapnikku anname haigele palavikuperioodil ja hingamishäirete esinemisel kuni viimaste möödumiseni. Haigele antakse O₂ hingata 5 minuti jooksul pärast ühe- kuni kolmetunnist vaheaega. Subkutaanselt süstitakse hapnikku haigele 5 kuni 6 nädala jooksul, esimesel nädalal iga päev ja hiljemini kahe- kuni kolme päeva järel reiepiirkonda 100—500 ml korraga.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedri uurimused näitavad, et subkutaanselt süstitud hapnik võib mõnikord tõsta oksühemoglobiini protsenti, vähendada C-vitamiini kontsentratsiooni ning mõjustada kataalaasi indeksit. Samuti mõjustab see verevalkude koosseisu ja suurendab gammaglobuliini kontsentratsiooni viimases.

Esitatud uurimise andmeist nähtub, et hapnikuravi ei saa vaadelda ainult vere küllastamise seisukohalt hapnikuga ja ajuturse vastase võitluse komponendina. Subkutaanselt manustatud hapnik mõjustab oksüdatsiooniprotsesse, tõstab tõenäoliselt organismis immuunbioloogilisi jõude ja hävitab sellega viiruseid.

Hapniku subkutaanse manustamise vastu võib väita, et see põhjustab segmentaarset paralüüsi. Kahtlus on õigustatud, sest üldiselt on tuntud faktid, et kurgumandlite eemaldamine soodustab eriti bulbaarsete halvatusete ja raskemetallide soolade süstimine (16) segmentaarsete halvatusete tekkimist, s. o. selle jäseme paralüseerumist, kuhu süstiti. Seda tõestasid 1955. aastal ka Bodian'i (12) uurimused, kes näitas, et poliomüeliidiga infitseeritud ahvidel tekkisid halvatused nendes jäsemetes, milledesse süstiti erinevaid aineid. Bodian'i arvates vallandab süstimine seljaaju vastava segmendi veresoontes reflektorse mehhanismi, mille tõttu viirus pääseb verest kergemini vastavasse seljaaju segmenti.

O₂ subkutaanse süstimisega ravitud 112 haige uurimine meie poolt näitas, et preparalüütilises ja halvatusete kujunemise perioodis ei põhjustanud O₂ subkutaansed süsted segmentaarset pareese ega paralüüsi. Vastupidi, need süsted on üldises ravikompleksis efektiivsed, sest halvatused on kergemad ja haiged paranevad kiiremini.

Hapnikravi inhalatsioonimeetodi puhul tuleb tähelepanu juhtida O₂ alveole ärritavale toimele (ateleaktaasid ja hemorraagiad) pikemaajalisel manustamisel, vere üleküllastumisele hapnikuga ning hüpokapnia tekkimisele ja hapniku kudedesse ära andmise pidurdumisele sel puhul. Seepärast tuleb hapniku kestvamal hingamisel segada seda õhuga (tavaliiselt 3 liitrit O₂ + 7 liitrit õhku).

Hingamishäirete puhul tehakse kunstlikku hingamist erinevate aparaatidega vastavalt hingamishäirete tüübile. «Raudsed kopsud» on eriti näidustatud spinaalsete hingamishalvatuste puhul ja biomootorid

positiivse intrapulmonaalse rõhuga bulbaarsete halvatuste puhul. Tuleb süstida lobeliini, tsütotooni ja strühniini. Igal üksikjuhul peab kaaluma trahheotoomia tegemist. Kunstliku hingamise aparaatide puudumisel võib rakendada gaasinarkoosi aparaati. Võib aga kasutada ka nn. sõrmeventilatsiooni põhimõtet, kus hapnik juhitakse balloonist vooliku abil hapnikumaski või trahhea kanüüli. Sissehingamise katkestamiseks eemaldatakse sõrm spetsiaalse muhvi avalt ja väljahingamise ajal väljub hapnik vabalt ruumi. Kirjeldatud meetodit kasutas Lassen (18) Kopenhaagenis edukalt poliomüeliidi hingamishäirete ravimisel.

Tähtsamat kohta poliomüeliidi ravimisel omab vitamiinravi. Eriti on näidustatud C-vitamiini manustamine. Poliomüeliidi intestinaalses faasis on tingimata vaja seda manustada suu kaudu ja hiljem veenisiseselt, sest C-vitamiin arvatakse avaldavat hävitavat toimet poliomüeliidi viirusesse.

B₁-vitamiini kõrval soovitatakse viimasel ajal anda suurtes doosides 1000—2000 B₁₂-vitamiini *pro die*. B₁₂-vitamiinil arvatakse olevat paralüüse vältiv toime. See soodustab närvi regeneratsiooni (19).

Poliomüeliidi akuutses staadiumis tuleb eriti hoolitseda sünapside normaalse talitluse säilitamise eest. Selleks soovitame kasutada juba preparalüütilisest staadiumist alates väikestes doosides proseriini ja dibasooli. Proseriini ei oma mitte ükski tähtsus kesknärvisüsteemi sünapside funktsiooni tagamisel, vaid aitab vältida ka kõhukinnisust.

Halvatuse tekkimisel tuleb erilist tähelepanu pöörata jäsemete ja keha asendile voodis ning lahastada halvatud jäsemed. Passiivseid ja aktiivseid liigutusi võib hakata sooritama halvatuste teise nädala lõpul. Järgneb käsi- ja elektermassaaž, ravivõimlemine, vesiravi ja veealune massaaž. Pärast kehatemperatuuri normaliseerimist võib seljaaju soojendada lühilaine ja diatermiaga.

Palavikuperioodil tuleb pöörata erilist tähelepanu vee piiramisele ning neelamishäirete esinemisel sondiga toitmisele. Toitaineid, eriti valke, võib manustada veenisisesi. Pärast palavikuperioodi ordineeritagu haigetele vitamiini-, valgu- ja süsivesikurikast toitu ning antagu kaltsiumi, fosforiühendeid ja glutamiinhapet. Mineraalide ainevahetuse reguleerimiseks jälgitagu eriti K ja Ca kontsentratsiooni veres ning keedusoola eritumist uriiniga. Uriinis võib keedusoola hulk kõikuda 3—7 g piirides ühes liitris.

Poliomüeliidi akuutses staadiumis esinevatest komplikatsioonidest on esikohal ägedad ajuvereringe häired, ajuturse ja kopsuturse ning sekundaarsed infektsioonid eriti hingamiselundites. Bakteriaalsete nakkuste profülaktikaks ja ravimiseks kasutatakse penitsilliini ning vajaduse korral ka muid antibiootikume.

Akuutsete vereringehäirete ja tursete ravimiseks ning vältimiseks on soovitatav juba preparalüütilisest staadiumist alates kasutada 40-protsendilist glükoosi + 24-protsendilise efülliini 1,0 intravenoosseid süsteid 1—2 korda päevas.

Kopsuturse tekkimisel kasutada peale kunstliku hingamise intensiivselt dehüdratsiooni, digitaliseerimist ja veretut flebotoomiat Hg preparaatide süstimine dehüdratatsiooniks on vastunäidustatud. Veretuks flebotoomiaks asetatagu venoosse vere äravoolu takistamiseks reitele mõneks minutiks veresulgurid.

Poliomüeliidi akuutses staadiumis võib intensiivne dehüdratsioon soodustada trombooside tekkimist, mille tõttu on soovitatav ka dikumaariin- või hepariinravi.

Valusündroomi vastu võitlemiseks võib kasutada analgeetikume, sooje märgmähiseid (õde Kenny järgi), sooje kuivi pakkimisi, soojendamisi infrapunaste kiirtega ja normaalse kehatemperatuuri puhul ka valguskasti.

Пoliomüeliidi akuutses staadiumis tuleb haigeid meie maarajoonides tingimata ravida kõige lähemas haiglas. Haigele koormavaid transpordid Tartusse, Tallinnasse või rajoonidevahelistesse haiglatesse ei saa pidada õigustatuks. Edaspidi võib haiget transportida alles pärast palaviku normaliseerumist.

Hingamishalvatuse puhul on haige transportimine eriti ohtlik. Sel puhul tuleb kohale kutsuda konsultant koos hingamisaparatuuriga kas Tallinnast või Tartust.

Kindlustades kompleksse ravi haiguse akuutses staadiumis, suudame märgatavalt vähendada letaalsust ning anda tervise ja töövõime tagasi paljudele poliomüeliidihaigetele.

Kirjandus

1. Чумаков М. П., Присман И. М. и Зацепин Г. С. — Полиомиялит. Медгиз, 1953.
2. Дебре, Дункан, Эндерс и др. — Полиомиялит, Медгиз, 1957.
3. Коновалов Н. В., Сперанский Г. С., Членов Л. Г. и Шмидт Е. В. — Эпидемический полиомиялит, Медгиз, 1957.
4. Kukowka, A. — Das Deutsche Gesundheitswesen, 1, 9—16, 1957.
5. Kukowka, A. — Das Deutsche Gesundheitswesen, 4, 108—112, 1957.
6. Kukowka, A. — Das Deutsche Gesundheitswesen, 5, 129—145, 1957.
7. Sharrard, W., Bone, J. — Joint Surg, 37 B, 63—79, 1955.
8. Horstmann, J. — Am. Med. Ass., 142, 236—241, 1950.
9. Brehme, T. — Münchener Medizinische Wochenschrift, 36, 1064—1065, 1956.
10. Mihály, J. — Orv. Hetil. 719, 1956.
11. Bodian, D. — Ann. New York Acad. Sci, 61, 877—882, 1955.
12. Bodian, D. — Ann. J. Hyg., 60, 358—370, 1954.
13. Куликова К. Р., Соколов М. И. и Алимова Е. Д. — I-я Научная сессия Института по изучению полиомиялита, Тезисы, М., 1957.
14. Gemmzell, C. — Acta Medica Scandinavica, suppl., 316 vol 154, 104—106, 1956.
15. Raudam, E. — Tartu Riikliku Ülikooli teaduslik sessioon, 1957, lhk. 82, teesid.
16. Rosen, L. a. Thooris, G. — Am. Jour. Hyg, 57, 237—252, 1953.
17. Spencer, W, A. — Treatment of acute poliomyelitis, Springfield-Illinois, 1956.
18. Lassen — Management of Life — Threatening Poliomyelitis, London, 1956.
19. Daur, W. — Münch. med. Wschs., 1366, 1956.

О лечении полиомиялита в острой стадии

Э. Раудам

Резюме

В лечении полиомиялита в острой стадии имеются теоретически неразрешенные вопросы, ввиду чего лечение больных в этот период заболевания проводится разными методами.

Основная задача лечения — предотвратить тяжелые разрушения двигательных нервных клеток, так как восстановление аксонов от спинного мозга к периферии не имеет существенного значения для восстановления здоровья больного.

При полиомиялите в острой стадии необходимо назначать комплексное патогенетическое лечение с учетом следующих основных моментов:

- 1) физического и психического покоя;
- 2) «химического» покоя путем назначения снотворных и средств типа аминазина и ганглиолитиков;
- 3) повышения иммуно-биологических сил организма;
- 4) воздействия на гипоталамо-адреналиновую систему;
- 5) кислородотерапии всем больным: ингаляции и подкожные инъекции кислорода; применения к больным в необходимых случаях аппаратов для искусственного дыхания;
- 6) витаминотерапии (С, В₁, В₁₂, рутин);
- 7) стимуляции деятельности синапсов;
- 8) диетотерапии и регуляции минерального обмена;
- 9) профилактики и лечении отеков мозга и легких, а также вторичных инфекций;
- 10) ранней физиотерапии;
- 11) устранения болей;
- 12) лечебной физкультуры.

Принимая во внимание основные моменты комплексного лечения, можно в значительной степени снизить летальность, восстановить здоровье и трудоспособность многих больных.

Poliomüeliidi virusoloogilisest diagnostikast

V. Tapupere, E. Kallas ja L. Humal

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. Jannus)

Poliomüeliidi kliinilisel diagnoosimisel jäävad enamasti avastamata epidemioloogiliselt eriti tähtsad aparalüütilised haigusvormid. Kirjanduse andmeist [Debre ning Thieffry (1) jt.] selgub, et paralüüsidesga kulgevaid poliomüeliidi vorme esineb ainult 1—2% kõikidest haigusjuhtudest. Seevastu on aga kliiniliselt mitmekesise ja mittespetsiifilise sümptomatoloogiaga aparalüütiliste vormide esinemissagedus väga suur; Melnick'i ning Ledinko (2) andmeil ulatub see suhe koguni kuni 1:175. Selliste vormide puhul on virusoloogilised uurimised äärmiselt vajalikud.

Seni oli ainsaks poliomüeliidiviiruse eraldamise ja identifitseerimise meetodiks ahvide nakatamine. Poliomüeliidiviiruse olemasolu korral uurimismaterjalis tekkis ahvidel paralüüs, millele järgnes sageli katselooma surm. Nimetatud meetodi kallidus ja kättesaamatus pidurdasid selle meetodi laialdast rakendamist poliomüeliidi diagnoosimisel.

Tänapäeval kasutatakse poliomüeliidi laboratoorseks diagnoosimiseks koekultuuride meetodit. 1949.—50. aastal avastasid Robbins, Enders ning Weller (3) poliomüeliidiviiruse lõhustava toime koerakkudele *in vitro*. Poliomüeliidiviiruse omadus tekitada koekultuurides rakkude spetsiifilist degenereerumist ehk nn. tsütopatogeenset efekti lubabki kindlaks teha viiruse olemasolu uuritavas materjalis. Enders loeb tsütopatogeenset efekti koekultuuridel analoogiliseks nakatatud katselooma paralüüsi või surmaga.

Poliomüeliidiviiruse tsütopatogeensus kaob homotüübiliste anti-kehade toimet. See võimaldab määrata viiruse tüüpi ning viirust neutraliseerivate antikehade tiitrit koekultuuridel. Poliomüeliidi virusoloogilises diagnostikas võib eraldada järgmisi etappe:

- I etapp — poliomüeliidiviiruse (tsütopatogeense agensi) isoleerimine uuritavast materjalist,
- II etapp — eraldatud viiruse tiitrimine,
- III etapp — eraldatud viiruse tüpiseerimine,
- IV etapp — poliomüeliidivastaste antikehade tiitri määramine haige vereseerumis.

Viiruse isoleerimiseks, tüpiseerimiseks ja seerumi antikehade tiitri määramiseks kasutatakse koekultuuridena mitmesuguse päritoluga inimese ja ahvikude.

Enamikes Nõukogude Liidu ja välismaa virusoloogia kesklaboratoriumides kasutatakse ahvi neerukoe kultuure, mis kõige enam sobivad laiaulatuslike uurimuste läbiviimiseks. Teistele laboratoriumidele on kättesaadav inimese embrüo fibroblastide kultuurid ja Gey (3) poolt 1951. a. emakakaela epidermoidkartsinoomist eraldatud HeLa rakutüve kultuurid.

Fibroblastide kultuuride saamiseks kasutatakse koe allikana abrasioonimaterjali (8—14-nädalase raseduse katkestamisel). Kultuuride saamiseks tükeldatakse embrüonaalne lihaskude kääridega 1—2 mm suurusteks tükikesteks. Peenendatud koetükid fikseeritakse kuke vereplasma, mis on viidud katsuti seinale. Plasmakihile lisatakse kanaembrüo ekstrakti, mille abil plasma koaguleerub. Fibroblaste kultiveeritakse mitmesuguste toitelahustega, mis koosnevad peamiselt Hanksi fosfaatpuhverlahusest, veise amnioni vedelikust, veise embrüoekstraktist, normaalsest inimese seerumist. Kultuurid inkubeeritakse pöörlevates trumlites 36° C juures. Nakatamiskõlblikeks loetakse kultuure, kus fibroblastide kasvu-tsooni raadius ümber primaarkoetükikese on umbes 0,5 cm.

HeLa rakkude subkultuuride saamiseks töödeldakse kultuuri trüpsiinilahusega, mille toimel rakud irduvad katsuti seinalt. Irdunud rakud suspendeeritakse toitelahuses ja külvatakse katsutitesse arvestusega, et iga katsut sisaldaks 80 000 rakku. HeLa rakke inkubeeritakse liikumatult termostaadis 36°C juures. Kolmandal kuni viiendal päeval, kui rakud on moodustanud tiheda süntsüütsiumi, nakatatakse kultuure. Trüpsiniseerimismeetodit rakendatakse ka ühekihiliste embrüonaalkoe ja amnionikultuuride saamiseks.

Uurimismaterjalina kasutatakse viiruse eraldamise eesmärgil haige või viirusekandja väljaheidet, mis sisaldab poliomüeliidiviiruseid esimese haigusnädala jooksul peaaegu 100-protsendiliselt. Väljaheide asetatakse 2—3 g koguses steriilsesse penitsilliini pudelisse ja suletakse tihedalt kummikorgiga. Kui kork ei ole peal küllalt tihedalt, on vaja katta see parafiiniga. Pudelid steriiliseeritakse eelnevalt autoklaavis või destilleeritud vees keetmise teel, mitte mingil juhul ei tohi pudelis leiduda seebi või antiseptikumide jääke. Pudelitele kleepida etikett haige nimega ja materjali võtmise kuupäevaga. Kogutud proovid peab laboratooriumi saatma võimalikult kiiresti, samal päeval. Lühemat aega (2—3 päeva) võib säilitada neid külmutuskapis. Pudeleid võib edasi saata ainult tihedalt suletud ja pitseeritud metallnõudes (soovitav termos pudelis jäätükikestel) ja ainult meditsiinipersonaliga. Virusoloogia laboratooriumides säilitatakse uurimismaterjale külmutatult miinus 15—20°C juures.

Uurimiseks vajalikku verd võetakse veenist koguses 5—8 cm³ soovitatav enne sööki ja asetatakse korgiga hästi suletud (võib olla mahliga kaetud vattkork) steriilsesse tsentrifuugi katsutisse. Diagnoosi õigsuse kontrollimiseks on vaja võtta vähemalt kaks vereproovi, mis võimaldavad määrata antikehade tiitri dünaamikat vereseerumis. Esimene proov võetakse haiguse esimestel päevadel, teine 20—30 päeva pärast esimese proovi võtmist. Hüübimise soodustamiseks tuleb hoida verd 1—2 tundi termostaadis või mõni tund toatemperatuuri juures. Edasi tuleb veri suunata kohe laboratooriumi või hoida järgmise päevani külmutuskapis +4° juures. Laboratooriumis eraldatakse seerum steriilsetes tingimustes. Tuleb püüda vältida vere raputamist transpordil, mis soodustab hemolüüsi. Analüüsiks on soovitatav saata juba eraldatud seerum. Etiketil märkida haige nimi ja vere võtmise kuupäev.

Materjali saatmisel virusoloogiliseks analüüsiks poliomüeliidi puhul tuleb saatekirjale märkida haige nimi, vanus, aadress, haigestumise kuupäev, hospitaliseerimise kuupäev ja koht, diagnoos (paralüütiline või aparalüütiline vorm), materjali võtmise kuupäev ja materjali saatja allkiri.

Virusoloogilises laboratooriumis toimub poliomüeliidi uurimine järgmiselt:

I etapp. Väljaheidetest valmistatakse 10-protsendiline suspensioon Hanksi soolalahuses. Suspensiooni tsentrifugeeritakse kaks korda 3500 tiiru juures ja lisatakse bakteriaalse mikrofloora pidurdamiseks antibiootikume. Poliomüeliidiviiruse isoleerimiseks külvatakse 0,1 ml 10-protsendilise rooja suspensiooni koekultuuridele. Viiruse kultiveerimiseks asendatakse toitelahuses inimseerum inaktiveeritud hobuse või veise seerumiga. Nakatatud koekultuure jälgitakse 7 päeva vältel HeLa koekultuuride puhul ja 14 päeva vältel fibroblastide kultuuride puhul. Tsütopatoogeenset efekti hinnatakse mikroskopeerimisel väikese suurendusega (94 ×).

Väljaheidetes leiduvate toksiliste osiste tõttu tekib sageli koekultuuride mittespetsiifiline degeneratsioon, mis kaob järgmistes kulturaalvedeliku passaažides.

II etapp. Edasi määratakse isoleeritud viiruse (tsütopatoogeense agensi) tsütopatoogeenne doos, milleks loetakse viiruse suurimat lahjendust, mis kutsub veel esile koekultuuride degeneratsiooni.

III etapp. Tehakse kindlaks, kas isoleeritud viirus kuulub poliomüeliidiviiruste hulka, samuti määratakse kindlaks viiruse tüüp. Tüüpiseerimine põhjeneb tüübispetsiifiliste immuunseerumite omadusel neutraliseerida sama tüübi viiruse tsütopatogeenset toimet. Viirusele (lahjenduses 100 tsütopatogeenset doosi) lisatakse I, II ja III tüübi immuunseerumit, seejärel viiakse igast segust 0,2 ml koekultuuridele. Kui isoleeritud viirus neutraliseerub ühega kolmest kasutatud poliomüeliidivastastest immuunseerumist, loetakse seda viirust vastavaks poliomüeliidiviiruse tüübiks. Vajaduse korral korratakse tüüpiseerimist 2—3, isegi 4 korda. Kui sel teel ei õnnestu viiruse tüüpi määrata, teostatakse neutralisatsioonireaktsioon kolme immuunseerumite seguga, sest uuritavas materjalis võib esineda mitme tüübi viiruseid. Isoleeritud viirus ei kuulu poliomüeliidiviiruste gruppi, kui viiruse tsütopatogeenne toime ei ole neutraliseeritav immuunseerumite seguga.

Poliomüeliidi laboratoorsel diagnoosimisel tuleb alati arvestada kliiniliste ja epidemioloogiliste andmete kompleksiga.

IV etapp. Virusoloogilise diagnoosi kinnitamiseks määratakse poliomüeliidivastaste antikehade tiiter haiguse alguses ja rekonvalestsentsi perioodil. Uuritavatest seerumitest tehakse lahjendused, millele lisatakse poliomüeliidi I, II ja III tüübi viiruseid. Igast neutraliseerivast segust viiakse 0,2 ml koekultuuridele.

Antikehade tiitriks loetakse seda seerumi suurimat lahjendust, mis neutraliseerib vastava tüübi viiruse. Vähemalt neljakordne antikehade tiitri tõus rekonvalestsentsperioodis ühe viirusetüübi suhtes näitab, et tegemist on poliomüeliiti haigestumisega. Antikehade tiitri tõus vere-seerumis kinnitab diagnoosi ka juhul, kui viirust väljaheitest ei isoleeritud.

Kasutatav meetodika ei võimalda varajast poliomüeliidi diagnoosi (vastuse saamiseks kulub keskmiselt 3—4 nädalat) ja omab seetõttu ainult retrospektiivset epidemioloogilist ja kliinilist tähtsust. Komplemendi sidumise reaktsioon poliomüeliidi diagnoosimisel ei ole veel laialdaselt rakendatav vastavate antigeenide puudumise tõttu. Maasiliste seroloogiliste uurimuste teostamisel kasutatakse indikaatormeetodil põhinevat nn. värvireaktsiooni, mis võimaldab anda vastuse 5.—7. päeval. Viimane reaktsioon nõuab aga rea defitsiitseid ingrediente ja kõrgekvaliteedilist klaasi.

Poliomüeliidipuhangute tekkimisel on vaja astuda ühendusse Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi virusoloogia laboratooriumiga (telef. 440-51), et kindlustada virusoloogi väljasõitu vastavasse koldesse.

Kirjandus

1. Дебре Р. и Тиффри С. — Симптоматология и диагностика полиомелита. В кн. «Полиомелит», М., 95, 1957
2. Пол Дж. — Эпидемиология полиомелита, в кн. «Полиомелит», М., 9, 1957
3. Эндерс Дж. — Современное состояние техники тканевых культур, применяющихся при изучении вируса полиомелита, в кн. «Полиомелит», М., 225, 1957

О вирусологической диагностике полиомелита

В. Тапупере, Э. Каллас и Л. Хумал

Резюме

При клинической диагностике полиомелита остаются не выясненными апаралитические формы заболевания, которые имеют очень большое эпидемиологическое значение.

До сих пор был единственным методом извлечения и идентифицирования полиомелитного вируса инфицирование обезьян. В настоящее время для лабораторной диагностики полиомелитного вируса используется метод тканевых культур.

Цитопатогенность полиомиелитного вируса исчезает действием гомотипических антител. Это и позволяет на тканевых культурах выяснить тип вируса и титра антител, нейтрализующих вирус.

Для извлечения вируса и выявления его типа, а также для выяснения титра антител в сыворотке в качестве тканевых культур используются различные ткани человека и обезьян.

Материалом для исследования в целях извлечения вируса используются испражнения больного или вирусоносителя, в которых вирус в течение первой недели болезни встречается до 100% из всех случаев.

Необходимая для исследования кровь берется из вены в количестве 5—8 см³, желательно до еды.

Для направления материала в вирусологическую лабораторию необходимо соблюдать соответствующие правила.

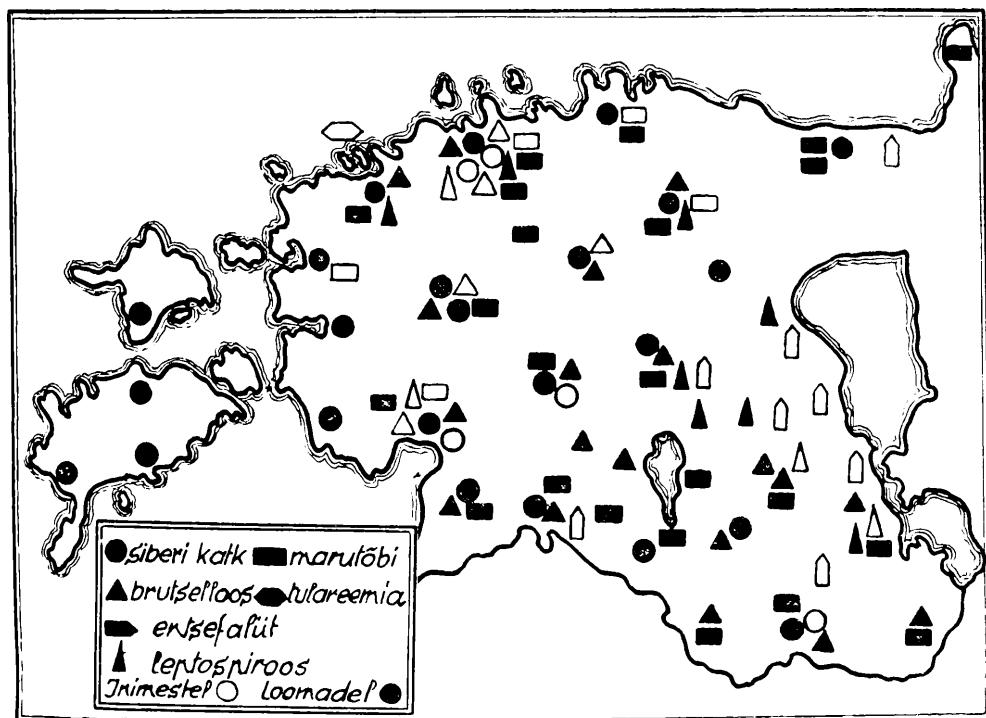
Анализ материала для определения возбудителя полиомиелита в вирусологических лабораториях проводится в 4 этапах.

Peamisi ülesandeid looduslike haiguskollete ja zoonooside uurimisel Eesti NSV-s

K. Vassiljeva ja G. Medinski

Käesoleval ajal esineb Eesti NSV-s järgmiste haiguste looduslikke koldeid: puukentsefaliit, leptospiroos, brutselloos ja tulareemia. Zoonoosidest esinevad siberi katk, marutõbi, suu- ja sõratõbi jt.

Loetletud haiguste territoriaalne levik pärast sõda on toodud kaardil.



Nagu kaardil toodud andmetest nähtub on looduslikud haiguskoldeid ja zoonoosid meil laialdaselt levinud.

Eesti NSV-s leiduvaid looduslikke haiguskoldeid ei ole seni küllaldaselt uuritud. Nende küsimustega hakati tegelema viimastel aastatel. Kahtlemata on sellel tööl suur tähtsus kohaliku patoloogia küsimuste uurimisel.

Arvestades lehtpuumetsamassiivide ja võsaga kaetud karjamaade võrdlemisi suurt ulatust ja iksoodes-puukide laialdast levikut on eriline tähtsus puukentsefaliitidel. 1942—1943. a. kirjeldati puukentsefaliidi puhanguid Eesti NSV naaberpiirkondades, viimastel aastatel registreeriti aga selle haiguse juhtumeid ka Balti vabariikides, nende hulgas ka Eestis. Esimesed haigusjuhud tehti kindlaks Peipsi järve läänekaldal 1950. aastal. Järgmistel aastatel levis puukentsefaliit põhja ja lääne suunas. Hulk vaatlusi kõneleb seosest haigestumiste arvu ja puukide esinemissageduse vahel. Eesti NSV tingimustes on põhjust pidada puukentsefaliidi peamiseks levitajaks taigapuuki (*Ixodes persulcatus*), kuid tõenäoliselt levitab seda ka metsapuuk (*Ixodes ricinus*).

Eesti NSV-s esineva entsefaliidi kulg sarnaneb dotsent E. Raudami tähelepanekute järgi kahelainelise viiruselise meningo-entsefaliidiga. Peab mainima, et senised uurimised Eesti NSV-s ei ole entsefaliidiviruse kandmist puukide poolt veel kindlaks teinud.

Kuni 1953. a. ei olnud meil mingeid andmeid leptospirooside olemasolu ja leviku kohta Eesti NSV-s. 1953. a. registreeriti esimesed leptospiroosse etioloogiaga haigused inimestel. Viimasel ajal on G. Medinski kindlaks teinud leptospirooside võrdlemisi laialdase leviku vabariigis.

On kirjeldatud ka kaht tulareemiajuhtu Keila rajoonis (K. Želnin ja V. Kozlov, 1956. a.), mis esinesid 1946. aastal Väike Pakri saarel. Mõlemad juhud olid seoses metsapuugi (*Ixodes ricinus*) pistetega. Viimaseid leidub sel saarel rohkesti. Esimene haigusjuhtum oli maikuus, teine sama aasta augustikuus. Haiguse päritolu kinnitasid eraldatud tulareemiakultuurid. Tulareemianakkuse reservuaaride otsingul 1946. ja 1947. a. selgitati välja spontaanselt nakatunud puugid (*Ixodes ricinus*); selle piirkonna näriliste uurimisel positiivseid leide ei esinenud.

Tulareemia laialdasem esinemine meie vabariigi territooriumil on täiesti tõenäoline. Seda kinnitab ka vesi- ja biisamrottide (ondatrade) levik. Biisamrott on vabariigi territooriumil eriti laialdaselt levinud viimasel ajal.

Taiseks nakkuse reservuaariks on metsapuugid, kes olemasolevatel andmetel (Vilbaste) on vabariigis levinud peaaegu kõikjal. Selle reservuaari tähtsust Eesti NSV tingimustes tõestab nakatatud puukide avastamine mõnedel saartel.

Tulareemianakkuse esinemine Eesti NSV-ga piirnevates oblastites, mille kliima ja fauna on sarnased, tõestab samuti selle nakkuse levimise võimalust meie vabariigis.

Brutselloosi esineb Eesti NSV-s juba palju aastaid, kuid laialdasemalt hakkas see nakkus levima sõja ajal ja pärast sõda seoses brutselloosist nakatatud loomade sissetoomisega teistest rajoonidest.

Brutselloosi tekitajaks on meil *Brucella abortus*.

Veterinaar- ja meditsiinitöötajate poolt rakendatud profülaktika ja epideemiatorjearaste menetluste tõttu on nüüd brutselloos vabariigis likvideeritud.

Siberi katku tuntakse Eesti NSV territooriumil juba kaua nii loomadel puhangute või üksikjuhtudena, kui ka inimestel. Inimeste hulgas ei ole siberi katk kunagi laialdaselt levinud.

Loomadel esines siberi katk sagedamini vabariigi läänerajoonides ja Saaremaal (praeguse administratiivse jaotuse järgi Kingissepa, Orissaare, Rapla, Kose, Keila, Haapsalu, Märjamaa, Pärnu-Jaagupi ja teistes rajoonides). Siberi katku sellist territoriaalset levimist seletatakse pinnase reljeefiga, s. o. madalamate soostunud rajoonidega, kus pinnasesse sattunud siberi katku pisikutel on soodsad tingimused pikemaajaliseks säilimiseks.

Möödunud aastate (XIX sajandi lõpp ja XX sajandi algus) materjalide põhjal on teada, et siberi katku lõpnud loomi mitte ainult ei maetud ega peetud kinni vajalikest nõudmistest matmispaikade suhtes, vaid võrd-

lemisi sageli visati lõpnud loomade korjused rabadesse, kus need saastasid pinnast. Sellistes tingimustes võib haiguse tekitaja säilida pikema aja jooksul. Haigestumus siberi katku nii loomade kui ka inimeste hulgas on pärast sõda ja eriti alates 1952. a. järsult langenud tänu laialdasele õigele epideemiatõrjele. Viimastel aastatel esineb vaid üksikuid siberi katku juhtumeid loomade ja inimeste hulgas.

Ei tohi unustada, et siberi katku haigestumise võimalus ei ole likvideeritud eriti endiste rabade kuivendustöödega loodud uudismaadel, kus võis leiduda siberi katku lõpnud loomade matmispaiku. See olukord sunnib nii veterinaaria- kui ka meditsiinitöotajaid hoolikalt suhtuma sellesse küsimusse ja rakendama vajalikke abinõusid haigestumiste vältimiseks.

Loomade marutõbi esines Eesti NSV territooriumil juba ammu. Sõja ajal ja pärast sõda oli see haigus veel laialdasemalt levinud. Kuni 1951. aastani registreeriti Eesti NSV-s igal aastal umbes 500 marutõvejuhtu kodu- ja metsloomade hulgas. Peamiseks marutõve allikaks on hulkuvad koerad. Metsloomadest säilib viirus kõige kauemini huntidel. Marutõvejuhtumeid esineb kogu vabariigi ulatuses, välja arvatud Saaremaa ja Hiiumaa, mis tõenäoliselt on tingitud sellest, et seal ei ole marutõbiseid metsloomi (meil olevate andmete põhjal ei ole saartel hunte).

Alates 1952. aastast väheneb marutõbiste loomade hulk pidevalt. 1955. kuni 1957. aastani on registreeritud vaid üksikud haigusjuhud. Inimesel registreeriti viimane marutõvejuht 1954. aastal.

Marutõvejuhtude järsk ja süstemaatiline vähenemine on tingitud laialdastest profülaktika- ja epideemiatõrjealastest üritustest. Kahtlemata andis häid tulemusi koerte antiraabiline kaitsesüstimine. Tähtis on ka huntide hävitamine.

Kokku võttes materjali, mis sisaldab andmeid Eesti NSV territooriumil käesoleval ajal esinevate looduslike haiguskollete ja zoonooside kohta selgub, et mitmeid kohalikke epideemiaalaseid küsimusi uurivad mikrobioloogid, epidemioloogid, klinitsistid, loomaarstid, parasitoloogid ja zooloogid. Puukentsefaliidi uurimiseks organiseeritakse näiteks kompleksset koostööd epidemioloogide, klinitsistide ja zooloogide vahel. Virusooloogid ei ole aga veel lülitunud selle tähtsa küsimuse uurimisse.

Leptospirooside uurimisest võtavad aktiivselt osa epidemioloogid, mikrobioloogid, loomaarstid ja zooloogid, kuid selle tähtsa küsimuse edasist uurimist pidurdab klinitsistide mitteküllaldane osavõtt.

Nii juhtivate kui ka kohalike asutuste veterinaartöötajate koostöö meditsiinitöötajatega looduslike haiguskollete uurimisel ja tundmaõppimisel on juba andnud häid tulemusi, sest vähenenud on selliste nakkushaiguste juhtude arv, nagu brutselloos, marutõbi ja siberi katk. Tuleb soovida vaid selle koostöö edasist tugevdamist ja süvendamist, arvestades käesoleva olukorra ülesandeid ja muutuvaid tingimusi seoses rahvamajanduse üldiste üritustega.

Kahjuks ei töötata komplekselt läbi kõiki kohaliku patoloogia probleeme ja paljudes küsimustes ei teostata igakülgeid vajalikke vaatlusi. See on võimalik ainult kõigi kohalike praktiliste arstide osavõtul.

Looduslike haiguskollete uurimise küsimusi ei ole koordineeritud ka naabruses asetsevate oblastite ja -vabariikide vahel, kuigi on olemas rohkesti andmeid looduslike haiguskollete kohta Eesti NSV naabruses asetsevates oblastites ja vabariikides.

Looduslike haiguskollete edasine uurimine Eesti NSV-s peab toimuma juba kindlaks tehtud kollete uurimise ja vaatluste kui ka nende nakkushaiguste väljaselgitamise teel, mida praegu võib-olla veel ei registreerita, kuid mille nakkuste edasikandjad on olemas. Selleks tuleb organiseerida kõigi nende haiguste, esmajoones aga leptospirooside ning

entsefaliidi laboratoorset diagnoosimist. Meie vabariigis on selleks kõik võimalused olemas.

Koos Eesti NSV-s esinevate haigustega tuleb tähelepanu pöörata ka sellise haiguse looduslikule koldele, nagu Q-palavik, mille olemasolu on kindlaks tehtud meie vabariigi naabruses asetsevatel territooriumidel ning on põhjust oletada, et see haigus esineb ka Eesti NSV-s.

Об основных задачах при изучении природно-очаговых болезней и зоонозов в Эстонской ССР

К. Васильева и Г. Мединский

Резюме

В настоящее время в Эстонской ССР известны следующие природные очаговые заболевания: клещевой энцефалит, лептоспироз, туляремия, а также зоонозы — бруцеллез, сибирская язва, бешенство.

Первые заболевания клещевым энцефалитом в Эстонии были зарегистрированы в 1950 г. среди лиц, проживающих в районах юго-восточной части республики. В условиях Эстонской ССР основным переносчиком клещевого энцефалита следует считать клеща — *Ixodes persulcatus*; ряд наблюдений подтверждает возможную роль как переносчика и *Ixodes ricinus*.

В республике довольно широко распространены лептоспирозы. Установлено, что источниками инфекции являются некоторые дикие и домашние животные. Лептоспирозные заболевания отмечены у людей, а также у домашних животных.

В 1956 г. зарегистрированы два случая заболеваний туляремией в Кейласком районе. Широкое распространение этой инфекции на территории республики обусловлено, вполне вероятно, наличием основных источников ее, как водяные крысы, ондатры, а также иксодовые клещи.

Заболевания бруцеллезом среди людей и домашних животных на территории Эстонской ССР наблюдались уже сравнительно давно. Этиологическая структура этой инфекции связана с *Brucella abortus*.

Заболевания сибирской язвой домашних животных регистрируются на территории республики ежегодно. В настоящее время, благодаря своевременно принимаемым эффективным мерам, заболевания регистрируются лишь в спорадических случаях.

До 1951 г. в Эстонской ССР ежегодно регистрировалось несколько сот случаев заболеваний бешенством среди различных домашних и диких животных (собак, лошадей, свиней, кошек, лисиц).

Случаи бешенства отмечены на всей территории республики, за исключением островов Сааремаа и Хийумаа. С 1952 г. отмечается неуклонное уменьшение количества заболеваний бешенством среди животных (до единичных случаев в 1955—1957 гг.), что объясняется систематическими мероприятиями, из которых в первую очередь следует отметить вакцинацию собак и уничтожение бродячих.

К изучению краевой эпидемиологии приступлено сравнительно недавно, но уже по ряду вопросов ведется комплексное исследование с участием микробиологов, эпидемиологов, клиницистов, ветеринаров, паразитологов и зоологов.

Лабораторная диагностика таких заболеваний, как лептоспироз, энцефалит, не налажена в должной мере и широко не используется.

Необходимо отметить, что наряду с уже установленными в Эстонской ССР природно-очаговыми заболеваниями должно быть уделено внимание и такой инфекции, как Ку-риккетсоз, наличие которого установлено на территориях, прилегающих к границам республики.

Leptospiroosid Eesti NSV-s¹

G. Medinski

Leptospiroosid on Eesti NSV territooriumil võrdlemisi laialdaselt levinud.

Vastavad uurimised toimusid 13 rajoonis, kusjuures 10 rajoonis (Harju, Rakvere, Rõpina, Keila, Pärnu, Viljandi, Tartu, Türi, Jõgeva ja

¹ Ettekanne Tallinna Linna I. Metšnikovi nimelise Mikrobioloogide, Epidemioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Seltsi konverentsil 22. novembril 1957. a.

Põltsamaa) leiti leptospiroosi inimestel ja loomadel. Neis rajoonides uuriti ka 34 asulat. Positiivseid tulemusi saadi 18 asulas.

Leptospiroosinakkuse tekitajateks võivad olla Eesti NSV-s meie andmetel neli leptospiirade tüüpi: *L. icterohaemorrhagiae*, *L. monjakov*, *L. grippotypcosa* ja *L. canicola*.

Need leptospiirade tüübid ei ole kaugeltki ühtlaselt levinud. Sagedamini esineb II tüüp, s. o. *L. monjakov* (13 asulas), *L. icterohaemorrhagiae* esines 7 asulas, *L. grippotypcosa* esines 3 asulas ja *L. canicola* 1 asulas.

Iseloomustav on see, et monjakovi leptospiroosi esines ka linnades (Tallinnas, Tartus, Paldiskis, Viljandis).

Enamikul juhtudest esinevad igas asulas üht või teist tüüpi leptospiirad, kuid 4 asulas avastati kaks ja enam haiguse tekitajate tüüpi.

Leptospiirade liigid asulate järgi on esitatud tabelis nr. 1.

Mitmete loomaliikide tunduva nakatumise tõttu leptospiroosiga on viimase kolme aasta jooksul selgitatud mitu Vassiljev-Weili haiguse juhtumit (Tallinnas ja Tartus) ning üksikuid juhtumeid monjakovi leptospiroosi (Tallinnas ja Pärnus).

Tabel nr. 1

	L. monjakov	L. icterohaemorrhagiae	L. grippotypcosa	L. canicola
Tallinn	+	+	+	+
Paldiski	+			
Pärnu	+			
Viljandi	+		+	
Türi		+		
Harju rajooni kolhoos «Viimsi»	+			
Harju rajooni kolhoos «Rahva Võit»	+			
Tartu rajoon		+		
Keila rajooni kolhoos «Pärna»		+		
Räpina rajoon			+	
Rakvere rajooni Põdruse asula	+			
Põltsamaa rajooni Kalinini nime- line kolhoos	+			
Põltsamaa rajooni kolhoos «Rebase»		+		
Jõgeva rajooni kolhoos «Ühistee»	+			
Jõgeva rajooni kolhoos «Edasi»	+			
Jõgeva rajooni kolhoos «Rahva Hääl»	+	+		
Jõgeva rajooni kolhoos «Leninlik Tee»	+	+		

1953. a. augustis esines Räpina rajoonis veepalaviku puhang, mille tekitajaks oli *L. grippotypcosa*. Heinatöödel soises maakohas haigestus umbes 20 kolhoosnikut. Haigestunud töötasid palja jalu ning jõid juhuslikest veekogudest.

Enamikul haigestest diagnoositi leptospiroos retrospektiivselt laboratoorse uurimismeetodi abil. Näiteks ei olnud Tallinna Lihakombinaadis meie poolt diagnoositud 14-l leptospiroosiga haiged kliinitsistide poolt ühelgi juhul välja selgitatud leptospiroosi etioloogia. Neid haigestumisi diagnoositi Botkini tõvena, gripina, bronhopneumooniana jne.

Toodud andmed lubavad oletada, et tegelik haigestumiste arv vabariigis ei piirdu registreeritud juhtumitega, sest selle nakkuse laboratoorne diagnoosimine ei ole veel vajalikul määral korraldatud.

Tallinna Lihakombinaadi töötajate haigestumine leptospiroosi on epidemioloogiliselt huvitav selles mõttes, et siin nakatusid ainult töötajad, kes puutusid vahetult kokku loomadega ja ümbertöötlemata loomsete toorsaadustega.

Tallinna Lihakombinaadi töötajate uurimise tulemused leptospiroosi suhtes on toodud tabelis nr. 2.

Tabel nr. 2

	Tsehhide nimetus					
	Tapamaja	Liha- ja rasvatsehh	Sooltsetsehh	Vorsti-tsehh	Piruka- ja kulinaar-tsehh	Administ-ratiiv-personal
Uuritute arv	29	7	6	51	17	13
Positiivselt reageerivate arv	5	2	3	4	0	0

Lihakombinaadi töötajate haigestumine näitab, et Eesti NSV-s on koduloomad leptospirooside allikaks ja nad etendavad teatud osa selle nakkuse levimisel.

Patogeensete leptospiiradega nakatamise väljaselgitamiseks uuriti bakteriolüüsi- ja aglutinatsioonireaktsioonide abil 122 hobust, 133 lehma, 10 siga ja 22 hõberebast. Kõige enam olid nakatatud hobused (40,9%), sigadest oli leptospiiradega nakatatud 20 protsenti ja lehmadest 6 protsenti. Hobustel ja hõberebastel esines leptospiroosile iseloomulik kliiniline ja patoloogilis-anatoomiline haiguspilt. Haiguse kliinilised tunnused esinesid ka sigadel. Positiivselt reageerivatele lehmadel ei õnnestunud leida mingeid nähtavaid haiguse tunnuseid. Tõenäoliselt kulges nakkus nendel loomadel sümptoomideta.

Positiivne bakteriolüüsi- ja aglutinatsioonireaktsioon ikterohemorraagiliste leptospiiradega esines hobustel, lehmadel ja sigadel, monjakovi leptospiirad esinesid hobustel, lehmadel ja hõberebastel, gripotüfoossed leptospiirad aga ainult hobustel.

Peale suurte koduloomade võivad Eesti NSV-s leptospirooside levimisel olulist osa etendada ka kassid ja koerad. Loomaarst R. Raja kaasabil saadud andmed kõnelevad nende loomade tunduvalt nakatumisest patogeensete leptospiiradega.

Näiteks uuriti Tallinnas seroloogiliselt 107 koera ja 103 kassi. Tehti kindlaks positiivne reaktsioon leptospiroosi suhtes 30 koeral (28% juhtudest) ja 32 kassil (31% juhtudest).

Koertel esines positiivne bakteriolüüsi- ja aglutinatsioonireaktsioon monjakovi leptospiiradega. Kahe koera seerumid reageerisid positiivselt kahele leptospiirade tüübile: monjakovi ja gripotüfoossele.

Kasside seerumid reageerisid positiivselt monjakovi, gripotüfoossetele ja ikterohemorraagilistele leptospiiradele.

Nii koerad kui ka kassid olid enamasti nakatatud monjakovi leptospiiradega.

Nende loomade uurimise tulemused on esitatud tabelis nr. 3.

Tabel nr. 3

Uuritava looma liik	Uuritud loomade hulk	Positiivsete uurimiste %					
		Kokku	L. monjakov	L. icterohaemorrhagiae	L. grippotyphosa	L. monjakov ja grippotyphosa	L. canicola
Kassid	103	31	17,47	9,7	3,88	—	—
Koerad	107	28	11,21	8,41	4,67	1,87	1,87

Kui kõrvutada eestpoolloodud tulemusi andmetega, mida esitas N. Amossenkova Leningradi kohta, siis äratab tähelepanu nakatatud koerte suur protsent Tallinnas ja eriti tunduv vahe kasside nakatatuses sageduses (31 % protsendi mürdosa vastu Leningradis).

Meie seletame seda asjaolu peamiselt sellega, et Tallinna kassid võivad sattuda kontakti põllunärilistega. Leningradis aga selline kontakt puudub. Selle olukorra õigsust kinnitab mõningal määral nähtus, et nii kassid kui ka põllunärilised eritavad ainult üht (monjakovi) tüüpi leptospiirasid.

Peale koduloomade uurisime 1954. aastast kuni 1957. aastani leptospiroosi esinemist veel 16-nesse eri liiki kuuluval 920 metsloomal. Rõhuv enamik uuritud loomadest kuulus näriliste seltsi. Näriliste uurimiseks kasutati 3 meetodit: bakterioloogilist, seroloogilist ja siseelundite ning kuse otsest mikroskopeerimist.

Üksikutel juhtudel rakendati bioproove meresigadel. Närilistest osutusid kõige sagedamini nakatatuiks rändrotid. 685 roti uurimine andis 22,2 % positiivseid tulemusi. Rändrottidelt eraldati monjakovi leptospiirade kultuure (11,97 %) ja ikterohemorraagilisi kultuure (10,51 %).

Teised näriliste liigid (uuriti 227 looma 10 liigist) olid palju vähem nakatatud. Monjakovi leptospiirasid leidis põld- ja koduhiirtel, juttself- ja kaelushiirtel. Seroloogilisel uurimisel avastati monjakovi leptospiirasid ka tuhkritel.

Teistel metsloomadel leptospiirasid ei leitud.

Näriliste leptospiroos tõmbab endale tähelepanu kahe iseärasuse tõttu, milleks on: a) haiguskollete piiratus ja b) nende mikrokollete pikemaajaline säilimine.

Objektidel, kus deratisatsioon ei olnud küllalt tõhus ja näriliste populatsioon täielikult ei hävinenud, püsis nii monjakovi kui ka ikterohemorraagiline leptospiroos pikemat aega. Näiteks leiti rändrottidel tubakavabrikus «Säde» territooriumil ikterohemorraagilisi leptospiirasid 11 kuu jooksul, Tallinna loomaaias 19 kuu jooksul ja lihakombinaadi territooriumil 24 kuu jooksul. Kontide ümbertöötlemise vabrikus (Tallinnas) eritasid rändrotid monjakovi leptospiirasid 26 kuu vältel.

On kindlaks tehtud 5 liiki näriliste (rändrotid, kodu-, kaelus- ja juttselfhiired, põldhiired) suur nakatatus patogeensete leptospiiradega. See on vabariigi territooriumil peamiseks leptospiroosse nakkuse reservuaariks.

Esitatud materjal näitab, et leptospiroossele nakkusele peavad osutama tõsist tähelepanu nii meditsiini- kui ka veterinaartöötajad.

О лептоспирозе в Эстонской ССР

Г. Мединский

Резюме

Установлено широкое распространение лептоспирозов на территории Эстонской ССР. Этиологическая структура лептоспирозной инфекции в республике характеризуется наличием 4 типов лептоспир: иктерогеморрагия, Моняков (ДВБ), гриппотифоза и каникола. Среди населения зарегистрированы спорадические случаи болезни Васильева-Вейля и случаи лептоспироза типа Моняков. Наблюдалась вспышка водной лихорадки, связанная с гриппотифозными лептоспирами в Ряпинаском районе. Отмечается довольно выраженный профессиональный характер лептоспирозных заболеваний. В условиях Эстонской ССР источниками лептоспирозов являются сельскохозяйственные, промысловые и домашние животные, среди которых установлена значительная зараженность патогенными лептоспирами (лошади, коровы, свиньи, серебристо-черные лисичи, собаки и кошки).

Основными распространителями лептоспирозной инфекции в сельских и городских районах республики являются различные виды грызунов (серые крысы, домовые, полевые и желтогорлые мыши, обыкновенные полевки).

Järjekordsed ülesanded doonorluse alal Eesti NSV-s

B. Pšenitšnikov,

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees

Vereülekandeteenistuse keskseks probleemiks on doonorid. Doonorite kaadri komplekteerimine on kõigi tervishoiuorganite ja Punase Risti Seltsi komiteede ühiseks kohustuseks. Doonorite kaadri plaani kinnitab igal aastal NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium koos Punase Risti Seltside Liidu Täitevkomiteega. Nõukogude võimu aastail muutus doonorlus meie riigis massiliseks patriootlikuks liikumiseks. Eesti NSV-s areneb doonorlus samuti edukalt. Doonorite arv kasvab aastast aastasse, doonorluse plaani ületame igal aastal (1957. a. plaan täideti 138,3 protsendiliselt). Siinkohal peab aga mainima, et kogu vabariigi ulatuses mõned Eesti NSV linnad ja rajoonid ei täida siiski sel alal oma plaani. Näiteks ei täitnud 1957.aastal doonorluse plaani Kohtla-Järve ja Pärnu linnad ning Põltsamaa, Hiiumaa, Harju, Räpina, Paide ja mõned teised rajoonid. See on muidugi lubamatu. Tuleb saavutada olukord, et doonorluse plaan täidetakse tingimusteta igas linnas, igas rajoonis, ja veel enam, igas ravi- ja profülaktikaasutuses ning Punase Risti Seltsi algorganisatsioonis. Samuti tuleb taotleda, et tunduv osa (mitte vähem kui 35%) doonorite kaadrist komplekteeritaks maaelanike arvel.

Puudused töös doonoritega ei seisne aga mitte ainult selles. Kuni käesoleva ajani toimus meil doonorluse plaanide täitmine peamiselt reservdoonorite arvel, aktiivsete doonorite arv aga ei ole veel küllaldane ega kindlusta tervishoiuorganite ette seatud ülesannete lahendamist. 1957. aasta lõpuks moodustas aktiivsete doonorite arv umbes 10% vabariigi doonorite üldarvust.

1958. a. doonorluse arendamise plaan näeb ette doonorite üldarvu suurendamist enam kui kaks korda, samuti mitte vähem kui 30-ne protsendi reservdoonorite üleviimist aktiivseteks doonoriteks. Seejuures taotletakse, et iga aktiivne doonor annaks üks kord aastas verd tasuta.

Seda tõsist ja vastutusrikast ülesannet võib täita ainult siis, kui tervishoiuorganid ja Punase Risti Seltsi komiteed tegelevad selle küsimusega süstemaatiliselt. Selle töö edukaks teostamiseks on vaja rakendada terve kompleks organisatsioonilisi, propagandistlikke ja agitatsioonilisi üritusi.

Organisatsiooniliste ürituste osas peab eelkõige mainima, et töö doonorluse edasise arendamise alal peab toimuma tõsiselt läbimõeldud plaani alusel, mis on ühiselt läbi töötatud tervishoiuorganite ja Punase Risti Seltsi komiteede poolt. Plaanilised ülesanded doonorluse alal tuleb anda kõikidele ravi- ja profülaktikaasutustele ning Punase Risti Seltsi algorganisatsioonidele. Doonorite töö organiseerimise küsimusi tuleb arutada igas linnas ja rajoonis korraldatavatel meditsiinitöötajate ja Punase Risti Seltsi liikmete ühistel nõupidamistel. Tööd doonoritega ei tohi lasta minna isevoolu teed, seda tuleb süstemaatiliselt kontrollida ja igas kvartalis arutada seda küsimust tervishoiuosakondade ravi- ja profülaktikaasutuste nõukogude ja haigla kaastöönõukogude koosolekutel ning Punase Risti Seltsi komiteede presiidiumidel. Eduka töö kindlustamiseks

doonorluse alal peavad tervishoiuosakonna juhatajad, rajoonide peaarstid ja Punase Risti Seltsi komiteede esimehed tingimata kaasa tõmbama partei linna- ja rajoonikomiteesid. Eriline vastutus töös doonoritega langeb vabariigi vereülekandeteenistusele. Peale meetoodilise juhtimise tuleb Vabariiklikul Vereülekande Jaamal taotleda, et linna- ja rajooniosakonnad kindlustaksid vere võtmise ka nende juurde kinnistatud rajoonide elanikelt, kus selliseid osakondi ei ole. Tuleb tõsiselt mõelda küsimusele, kuidas korraldada aktiivseks doonoriks astuda soovijate organiseeritud transportimist verevõtupunktidesse.

Doonorite kaadri komplekteerimine põhineb hästi läbimõeldud propaganda- ja agitatsioonitööl.

Kuni käesoleva ajani esineb meie töös doonoritega formaalsust, mille tõttu kaotame palju võimalusi edukaks agitatsioonitööks.

Otsustavat tähtsust omab meditsiinitöötajate osavõtt doonorlusealastest tööst.

Meditsiinitöötajate kohustus ei piirdu siin mitte ainult veenmisega, vaid nad peavad näitama ka eeskuju ise aktiivseteks doonoriteks astudes. Eesrindlikest doonoritest tuleb kirjutada ajalehtedes, kõnelda raadios ja töötajate koosolekutel. Tuleb selgitada ka õigusi, mis nõukogude võim aktiivsetele doonoritele annab. Peale ettenähtud rahalise kompensatsiooni andis NSV Liidu Ministrite Nõukogu aktiivsetele doonoritele veel rea olulisi eesõigusi. Ettevõtete ja asutuste juhatajad on kohustatud oma asutuses töötavaid doonoreid takistusteta lubama meditsiinasutustesse kontrollimiseks ja vere andmiseks. Pärast iga vereandmise päeva on doonoril õigus saada täiendavalt puhkepäev, mida võib doonori soovil liita tema korralise puhkusega. Kõigi nende päevade eest makstakse töölisel keskmine töötasu. Ametiühingu organisatsioonid on kohustatud doonoritele andma eesõiguse tuusikute saamiseks puhkekodudesse ja sanatooriumidesse. Doonorite polikliinilist uurimist tuleb toimetada väljaspool järjekorda. Enne vere võtmist saavad doonorid doonoripunktidest tasuta hommikusöögi, pärast verevõtmist aga tasuta lõuna. Peab jälgima, et neid doonori õigusi administratsiooni ja käitiskomitee poolt mingil juhul ei rikutaks. Doonorid, kes on andnud neli liitrit verd, esitatakse Punase Risti Seltsi komiteede poolt autasustamiseks rinnamärgiga «NSV Liidu audoonor». Doonoreid, kes jätkavad vere andmist, võib edaspidi esitada autasustamiseks Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee või NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee aukirjaga või isegi vabariigi Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Eesti NSV-s on 1957. aasta teisel poolel autasustatud märgiga «NSV Liidu Audoonor» 106 ja Eesti NSV Punase Risti Seltsi Komitee aukirjaga 11 doonorit. Autasud doonoritele tuleb kätte anda pidulikult ettevõtete ja asutuste kollektiivide üldkoosolekutel, doonorite kokkutulekutel jne.

Erilist tähtsust omab agitatsioonitöö arendamine tasuta vere andmiseks. Nõukogudemaal on doonorlus laialdane patriootlik ja humanne rahvaliikumine, mis põhineb sotsialistliku ühiskonna liikmete vastastikusel abistamisel. Selgitustöö tegemisel vere tasuta andmiseks peab meenutama seda, et sel puhul säilivad kõik doonorite õigused ja eelised. Viimaste kuude jooksul on Eesti NSV-s tasuta verd andnud juba üle 30 inimese. Kuid see on alles algus. Seda tööd tuleb laialdaselt arendada, anda sellele massiline iseloom, nagu Moskvas, Leningradis ja reas teistes NSV Liidu linnades ja rajoonides. Tasuta vere andmise algatajateks ja initsiaatoriteks peavad olema meditsiinitöötajad, samuti teised nõukogude intelligentsi esindajad. On vaja, et Eesti NSV tervishoiutöötajate ametiühingu kohalikud komiteed aktiivselt lülituksid sellesse töösse.

Tervishoiuorganite ja -asutuste juhatajad omalt poolt peavad igati esile tõstma meditsiinitöötajaid, kes aktiivselt ja edukalt töötavad doo-

norite kaadri täiendamise alal. Neile tuleb avaldada tänu käskkirjades, esitada autasustamiseks märgiga «Tervishoiuala eesrindlane» ja rahalistele preemiatele kohalike nõukogude preemiafondidest. Kõige väljapaistvamaid meditsiinitöötajaid selles töös võib Punase Risti aktivistidena esitada Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee kaudu autasustamiseks aukirjadega, märgiga «Sanitaarkaitse eesrindlane», rahaliste preemiatega ja kingitustega.

Töö doonoritega on meditsiinitöötajate ja Punase Risti aktiivi tähtsamaid ülesandeid. Käesolevas kirjutuses võisime peatuda ainult peamiselt abinõudel, mis garanteerivad edu selles töös. Iga meditsiinitöötaja, iga Punase Risti aktivist, kes armastab oma tööd ja tunneb vastutust rahva ees, oskab näidata vajalikku initsiatiivi, et vastavalt konkreetsetele tingimustele kõige paremini täita seda tähtsat ülesannet.

Очередные задачи работы с донорами в Эстонской ССР

Б. Пшеничников

Резюме

Работа с донорами — одна из важнейших совместных обязанностей органов здравоохранения и комитетов Красного Креста. За последние годы в ЭССР работа с донорами успешно развивается, планы по донорству перевыполняются (в 1957 г. на 138,3%). Однако в некоторых городах (Кохтла-Ярве, Пярну) и районах (Пылтсамаа, Хийумаа, Харью, Ряпина, Пайде и др.) план по донорству за 1957 г. не выполнен. Необходимо обеспечить повсеместное выполнение этих планов и добиться того, чтобы не менее 35% донорских кадров комплектовалось за счет жителей сельских местностей. Из общего количества доноров только 10% являются активными. В 1958 году общее количество доноров в ЭССР должно быть увеличено более чем в 2 раза, не менее 30% резервных доноров должно быть переведено в активные. Необходимо добиваться, чтобы каждый донор дал кровь один раз в год безвозмездно. Для выполнения этого задания нужно осуществить целый комплекс организационных, пропагандистских и агитационно-массовых мероприятий.

Работа по донорству должна проводиться по совместному плану органов здравоохранения и комитетов ОКК. Состояние этой работы следует контролировать и обсуждать ежеквартально. Для успешного ее ведения необходимо заручиться содействием районных и городских комитетов КПЭ. Особая ответственность за работу с донорами несет служба крови республики (методическое руководство, налаженность работы отделений переливания крови). На местах необходимо продумать вопрос об осуществлении организованного транспорта доноров на пункты заготовки крови.

Медицинские работники и актив Красного Креста должны повседневно проводить среди населения разъяснительную работу о переливании крови и донорстве. Необходимо использовать все методы и формы агитации и пропаганды, избегая при этом шаблонности и формализма. Следует разъяснять предоставленные донорам права и льготы, следить за тем, чтобы они не нарушались, а заслуженных доноров систематически представлять к наградам.

Особое внимание надо уделять пропаганде и агитации за безвозмездное донорство. При безвозмездной даче крови за донорами сохраняются все другие их права и льготы. Лиц, сдающих кровь безвозмездно, следует окружать атмосферой почта, популяризировать их благородную деятельность. Необходимо также, чтобы профсоюз медработников ЭССР и его месткомы активно включились в эту работу.

Каждый медицинский работник должен проявить необходимую инициативу и находчивость, чтобы в конкретных местных условиях успешно выполнить это важное мероприятие.

Märkmeid Eesti NSV apteekide tööst

O. Kook,

Apteegi nr. 1 juhataja

Käesoleval aastal tähistab nõukogude apteegiala oma 40. aastapäeva, sest dekreet apteekide natsionaliseerimise kohta avaldati 28. detsembril 1918. aastal. Eesti NSV-s natsionaliseeriti apteegid 1940. aastal.

Kodanlikus Eestis oli apteek eraettevõte. Apteegi avamise loa andis riigivõim, mis kinnitas ka ravimite müügi hinnakirja. Eesõigust apteegi avamiseks omasid teadusliku kraadiga või pikema tööstaaziga farmatseudid ning linna- ja maaomavalitsused. Seega eksisteerisid kodanlikus Eestis rööbiti eraapteekidega ka ühiskondlikud apteegid. Viimaste hulka kuulusid veel haigekassade apteegid. Näiteks oli Tallinnas kaks linnaapteeki, kaks haigekassade apteeki ja 20 eraapteeki, Tartus — üks linna-, üks haigekassaapteek ja üheksa eraapteeki. Linnaapteegid asusid veel Võrus, Pärnus ja Viljandis, maakonna omavalitsuse apteegid — Rakveres, Haapsalus, Kingissepas (Kuressaares) ja haigekassade apteegid — Narvas ning Hiiu-Kärdla alevis (praeguses Kärdla linnas).

Ametlikult oli kaubanduslik võistlus apteekide kui tervishoiuasutuste vahel keelatud. Samuti oli keelatud reklaam ajalehekuulutuste ja aknavitriinide kaudu. Tegelikult võistles iga eraapteek teiste apteekidega kui eraettevõtte. Konkurents oli ka ühiskondlike ja eraapteekide vahel.

Kehtestatud ravimite hinnakirjad ei keelanud hinnaalanduse andmist. Oli ette nähtud isegi ravimite tasuta väljastamine, kui retseptil oli märge — *pro paupere* (vaesele). Seda hinnaalanduse võimalust kasutasid omavalitsused oma teenistujatele ravimite ostmisel. Samuti väljastasid haigekassade apteegid oma liikmetele ravimeid tasuta, perekonnaliikmetele aga vähese tasu eest. Haigekassaliikmed maksid oma töötasust kuni 2%, ja ettevõtte kuni 4% väljamakstud palgafondist haigekassade kasuks, millega kindlustati haigekassa liikmetele tasuta haiglaravi, haigusabi-rahade ja tasuta ravimite saamine.

See hinnaalanduse võimalus tekitas teatud kaubandusliku võistluse ühelt poolt ühiskondlike ja eraapteekide vahel, teiselt poolt aga eraapteekide endi vahel, nn. «varjatud» hinnaalanduse andmise näol, et sellega meelitada apteegi ostjaiks riiklikke asutusi ning isegi eraisikuid.

Tolleaegsetes ravimite hinnakirjades esines ühe ja sama ravimi jaoks sageli kaks müügihinda. Nii näiteks maksis patentnimetusega ravimi «Aspirin Bayer» 1 g 20 senti, sama aine keemiline sünonüüm atsetosaal (*Acidum acetylosalicylicum*) aga ainult 5 senti gramm. Püramidooni eest nimetusega *Pyramidonum* tuli maksta 70 senti, asendnimega *Amidopyrinum* eest aga 10 senti gramm. See olukord muutis ravimite hindamise keerukaks. Hindamise keerukust suurendas veelgi asjaolu, et iga kaaluühiku (0,1; 1,0; 5,0; 10,0 g) jaoks oli eri hind. Ühtlasi soodustas see nn. «kõlvatut» võistlust. Kui retseptile oli kirjutatud *Aspirinum*, arvestasid mõned eraapteegid aspiriini hinna, kuid tegelikult väljastasid odavama atsetosaali, et katta hinnaalanduse andmisest tekkinud kulu.

Praegu on ravimite hindamine ühtse ühikuhinna kehtestamisega tunduvalt lihtsam. See kergendab tööd märgatavalt.

Ka ravimi kvaliteet ja vastavus arstiretseptile olenes kodanlikul ajal apteegiomaniiku või -juhataja kutse-eetilise tasemest, sest ravimite kvaliteedi riiklik kontroll peaaegu puudus. Kogu vabariigi kohta oli kaks farmaatsia inspektorit, kes ei jõudnud aasta jooksul kõiki apteeke külastada. Ravimite keemilist kontrolli teostati tol ajal väga vähe. Praegu teostavad ravimite kontrolli pidevalt kontroll-analüütilised kesklaboratooriumid. Sellele lisandub veel apteegisene keemiline kontroll, mis hõlmab 5—10% valmistatud ravimeist.

Kodanlikul ajal avastati vahel suuremaid ja vähemaid eksimusi kutse-eetika ja farmatseutilise korra vastu apteegis, kuid üldine kutse-eetiline tase, eriti teenivate palgaliste farmatseutide hulgas, oli tol ajal siiski küllaltki kõrge. Selleks aitas tunduvalt kaasa asjaolu, et enamik teenivaid farmatseute oli koondunud oma ühingusse. See ühing andis välja ka oma ajakirja «Eesti Rohuteadlane» vastukaaluks apteegiomanike ajakirjale «Farmacia». Kutse-eetika taseme tõstmisele aitas kaasa ka ühiskondlike apteekide eeskuju.

Töövõljalikus kodanlikus apteegis ja nõukogude apteegis erineb tunduvalt. Kodanlikus apteegis kehtis nõue, et assistent, s. o. ravimite valmistaja, pidi kuuetunnise tööpäeva vältel valmistama 40 mitmesugust ravimit ehk keskmiselt 6,6 ravimit tunnis. Sealjuures esines siis rohkesti selliseid ravimvorme, nagu pillid, ravimküünlad jt., millede valmistamine nõuab palju aega. Süstimislahuste valmistamise kohta olid erinormatiivid.

Praegune assistentide töökoormus oleneb teataval määral apteegi läbikäigust. Suuremates apteekides peab assistent 7-tunnise tööpäeva kestel valmistama 80 ravimit ehk keskmiselt 11,4 ravimit tunnis, kaasa arvatud ka pillid ja ravimküünlad. Kahjuks puuduvad praegu töönormid steriilsete süstimislahuste valmistamiseks. Süstimislahused, mida mõnes apteegis tuleb valmistada küllaltki palju, nõuavad aga valmistamiseks kõige rohkem aega ja ka spetsiaalseid töötingimusi. Oleks soovitatav, et süstimislahuste valmistamise kohta kehtestatakse erinormatiivid.

Eespooltoodud töönormide alusel komplekteeritakse praegu apteekide töötajate isikuline koosseis. Töövõljalikuse ja tööiseloomu muutus kajastub apteekide töötajate arvulises võrdluses. Nii näiteks töötas Apteegis nr. 1 (endine Tallinna Ühise Haigekassa apteek) 1940. aasta algul 84 isikut, 1. jaanuaril 1958. a. aga 49 isikut ja Apteegis nr. 2 (endine Tallinna Linna I apteek) töötas 1940./41. aastal üle 60-ne inimese, 1. jaanuaril 1958. a. aga 47 inimest. Valmistatud ravimite arv aastast oli mõlemates apteekides kodanlikul ajal veidi väiksem kui praegu.

Kuidas toimus töövõljalikuse tõus, mis võimaldas vähendada töötajate arvu? Kõigepealt sellepärast, et nõukogude apteegis on töö organiseerimine tunduvalt parem, sest: 1) on kasutusele võetud töölaudade tüübid, mis võimaldavad assistendil töötamise istudes. Kodanlikul ajal töötas assistent seistes; 2) ravimite seisuanumad on paigutatud töökoha lähedusse pöörlik-kappidesse käeulatuses kaugusele; 3) kaalumise on osaliselt asendatud mõõtmisega, mis nõuab vähem aega. Praegu otsitakse võimalusi ka pulbrite kaalumise mehhaniseerimiseks, senise käsitsi kaalumise asemel.

Kiire töötamine apteekides ei tohi aga kaasa tuua eksimusi. Ajakirjas «Аптечное дело» on korduvalt avaldatud kirjutusi, kus juhitakse tähelepanu farmatseudi väsimusest tingitud vigadele. Väsimus põhjustab hajameelsust. Hajameelsusest tingitud vead võivad aga tekitada õnnetusi. Näiteks vahetati apteegis signatuurid ühesugustel pudelitel, milledest üks sisaldas 10,0 kampriöli (kõrvatilgad) ja teine 10,0 riitsinusöli (lahtisti) väiksele lapsele. Viga avastati kohe pärast ravimi väljastamist ja astuti viivitamatult samme vea parandamiseks. Ometi jõudis ema lapsele ühe teelusikatäie kampriöli sisse anda, mille tagajärjel tekkisid lapsel krambid.

Ravimite väljastamist apteegist aitab tunduvalt kiirendada valmisravimite kasutamine. Nõukogude farmatseutiline tööstus valmistab hulgaliselt valmisravimeid, nagu tablette, ampulle, salve, lahuseid jne. Selle tõttu väljastatakse näiteks Moskva apteekidest kuni 80%, valmisravimeid. Ka apteegid ise jaendavad ja valmistavad valmisravimeid. Seda takistab asjaolu, et sageli puuduvad jaendamiseks sobivad pudelid, salvipurgid, karbid jne. Eesti NSV-s puudub erilaboratoorium või tehas valmisravimite valmistamiseks. Viimase loomine aitaks palju kaasa meie apteekide töö ratsionaalsemaks muutmisele.

Sanitaarse sisekorra kohta kehtestati apteekides hiljuti ranged eeskirjad, mis kodanlikus apteegis puudusid. Need aitavad tunduvalt tõsta apteegi töökultuuri, kuid nende läbiviimisel apteekides on veel teatud raskusi. Üheks raskuseks on apteekide koristajate-sanitaride küsimus. Koristajate-sanitaride arv sõltub praegu farmatseutilise personali üldarvust. Õigem oleks, kui see oleneks apteegi pindalast või töömahust. Raskusi on apteegis korkidega. Vähe aitab pudelite steriliseerimine, kui me peame need hiljem sulgema halbade korkidega, või koguni kasutama puukorke. Oleks aeg asendada sellised korgid otstarbekohaste kummikatetega. (vt. «Аптечное дело» nr. 6, 1955).

Ei saa pidada otstarbekaks salvipurkide katmist juhuslike papi- või paberitükikestega, mille steriilsuse eest ei saa vastutada. Seega peaks laialdasemalt tootma plastmassist kaanega salvipurke.

Need on vaid üksikud märkmed apteekide tööst meie Vabariigis. Ootame apteegitöötajate ettepanekuid meie töö parandamiseks, et paremini töötada rahva tervise kaitsel.

Об организации работы в аптеках Эстонской ССР

О. Коок

Резюме

Советская аптека отмечает в настоящем году 40 годовщину своего существования. 28 декабря 1918 года был издан декрет о национализации аптек.

В буржуазной Эстонии аптеки главным образом находились в частных руках. Для открытия аптеки необходимо было иметь разрешение правительства. Оно же утверждало преискуранты медикаментов. Разрешение в первую очередь получали фармацевты, имевшие научную степень или длительный стаж работы, а затем также городские и уездные управления. Последние имели незначительное количество своих аптек в общей аптечной сети буржуазной Эстонии.

Цены на медикаменты устанавливались различно. Так например, 1 грамм патентованного аспирина Байер стоил 20 центов, а 1 грамм медикамента под названием «ацетозал» стоил только 5 центов.

Государственного контроля за выпускаемыми из аптек медикаментами не было.

Продуктивность труда аптечных ассистентов в буржуазной Эстонии находилась на низком уровне. Организацией работы ассистентов и служащих никто не занимался.

Несравненно лучше организована работа аптечной сети в Советской Эстонии: оборудованы новые типы рабочих столов, у которых ассистенты работают не стоя, как в буржуазной Эстонии работали, а сидя; материалы находятся тут же у рабочего места, в вращающихся шкафчиках; некоторые ингредиенты не взвешиваются, а частично измеряются.

Установленные нормы внутреннего распорядка аптек в значительной степени повысили культуру работы обслуживающего персонала.

Слабым местом является еще вопрос о санитарах. На наш взгляд, количество их зависит от общего фармацевтического персонала, а не от рабочей площади в аптеках или от объема работы. Не налажена еще должным образом закупка бутылок и банок для мази.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas maaelanikkonna tervishoiualase teenindamise seisukorda

P. Rattus,

ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» vastutav sekretär

Käesoleva aasta kevadtalvel arutas kogu nõukogude rahvas elavalt Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee pleenumi otsust kolhoosikorra edasisest arendamisest ja masina-traktorijaamade reorganiseerimisest. Eesti NSV-s oli suursündmuseks suure rühma põllumajanduse eesrindlaste autasustamine NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi otsuse põhjal ordenite ja medalitega.

Seoses põllumajanduse põhilise ümberkorraldamisega kerkisid maal asuvate ravi- ja profülaktikaasutuste meditsiinitöötajate ette uued ülesanded.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium on eriti viimastel aastatel pidevalt arendanud tervishoiuvõrku maal ja analüüsinud maaelanikkonna tervishoiualase teenindamise kvaliteeti. 28. märtsil 1958. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium sovhooside ning masina-traktorijaamade töötajate ja kolhoosnikute meditsiinialase teenindamise seisukorda Harju ja Põltsamaa rajoonis. Harju rajooni tervishoiuosakonna juhataja V. Miländer esitas sügava analüüsi haigestumusest ja traumatismist rajooni sovhoosides, masina-traktorijaamades ja kolhoosides.

Kolleegiumil märgiti, et seoses uute ravi- ja profülaktikaasutuste avamisega ning spetsialistide suunamisega maale on maaelanikkonna tervishoiualane teenindamine pidevalt paranenud. Nii Harju kui ka Põltsamaa rajoonis on kolhooside, sovhooside ja masina-traktorijaamade töötajale ning teenistujale kindlustatud kvalifitseeritud meditsiiniline abi.

Harju rajoonis on kaks masina-traktorijaama — Saue ja Kuusalu. Esimest nendest teenindab Saue ambulatoorium, mis asub masina-traktorijaamast 2,5 km kaugusel. Jaamal on perekonda omavate töötajate jaoks kahekorruseline elamu veevärgi ja kanalisatsiooniga ning avar valge ja puhas ühiselamu. Töötab ka söökla ja kiosk. Käesoleval aastal anti töölistele kasutada ka ruumid sportlikeks üritusteks.

Kuusalu masina-traktorijaam on sanitaarselt halvemas seisukorras. Ühiselamus ei ole üldist kööki, vaid pliidid on tubades, kus ka töölised endale sööki valmistavad. Samas hoitakse ka määrdunud tööriideid. Ühiselamu ümbrus on antisanitaarses olukorras, sest puudub prügikast ning roiskveevalamu. Uus saun ei tööta vigade tõttu tüüpprojektis. Jaamal ei ole ka oma sööklat.

Harju rajooni kolmel sovhoosil on kõigil velskri-ämmaemandapunktid. Kostivere sovhoosil on korralik söökla, saun ja lasteaed. Velskri-ämmaemandapunkt asub koos apteegi-punktiga sovhoosi kontori alumiisel korral. Punkti juhataja velsker E. Salu pöörab vajalikku tähelepanu profülaktilisele tööle. Sovhoosis on kaks hästi varustatud sanitaarposti. Sovhoosi direktor sm. Luks ei seisa eemal tervishoiualastest küsimustest ja on huvitatud velskri-ämmaemandapunkti töö parandamisest.

Sommerlingi nimelises sovhoosis on kaks velskri-ämmaemandapunkti, mis mõlemad asuvad sovhoosi keskusest eemal: üks Kurtnal, teine Rael. Kolhoosi keskust teenindab faktiliselt Lagedi maa-jaoskonnahaigla. Kurtna velskri-ämmaemandapunkti ruumid on kitsad, mispärast ei ole võimalik avada apteegipunkti. Noor velsker A. Panksepp ei ole aga küllalt aktiivne profülaktilise töö organiseerimisel. Juba mitme aasta jooksul taotleb Punase Risti Keskkomitee ja Harju Rajoonikomitee sovhoosis sanitaarsalga loomist, kuid meditsiinitöötajate inertsuse ja sovhoosi juhtkonna eemalseisemise tõttu on see seni tegemata. Ühiskondliku sani-

taaraktiivi nõudliku kontrolli puudumine annab end tunda ka selles, et sovhoosi kauplus ei vasta tervishoiunõuetele, puudub lasteaed, kuigi maja selleks ehitati juba 1957. aastal. Sovhoosis puudub ka söökla.

Saue sovhoosi velskri-ämmaemandapunkti ruumid vastavad nõuetele, kuigi nende kitsuse tõttu ei ole võimalik avada apteegipunkti. Ambulatoorium omab vajalikke aparate. Punkti juhataja A. Saar on organiseerinud velskri-ämmaemandapunkti töö hästi, kuid Punase Risti Seltsi aktiivi puudumise tõttu on profülaktiline töö veel puudulik.

Asjaolu, et paljud meditsiinitöötajad, samuti ametiühingu organisatsioonid ja kolhooside juhatused ning sovhooside ja masina-traktori-jaamade administratsioon ei pööra küllaldast tähelepanu maaelanikkonna ravi- ja profülaktikaalase abi ning elukondlike tingimuste parandamisele, on põhjuseks, et Harju ja Põltsamaa rajooni sovhoosides ja masina-traktori-jaamades on veel võrdlemisi kõrge haigestumus töövõime kaotusega. Harju rajooni Kostivere sovhoosis vähenes töövõimetuspäevade arv nii traumatismi kui ka üldhaigestumuse alal, kuid elukondlik traumatism jäi endiselt kõrgeks.

Põllumajandusliku tootmise üksikute harude järgi on traumatismi põhjused kolhoosides, sovhoosides ja masina-traktori-jaamades erinevad. Harju rajooni masina-traktori-jaamades oli 30% traumajuhtudest masinatega põllul töötamisel, 20% töökodades töötamisel ja 16% transporditöödel masinatega. Harju rajooni teraviljasovhoosides langeb traumadest transporditöödele 23% ja töökodadele 24%. Loomapidamissovhoosides langeb 40% traumatismist transpordile ja 26% loomade talitamisele. Rajooni kolhoosides oli seni suurim traumajuhtude arv loomade talitamisel — 65% ja transporditöödel — 17%.

Meditsiinitöötajad peavad trauma põhjusi pidevalt uurima, ette valmistama sanitaarposte ja ühiskondlikke sanitaarvolinikke traumatismi vastu võitlemiseks ning koos nendega rakendama abinõusid tööalaste vigastuste vältimiseks. Tähtsamateks sellel alal on:

1. Töö õige organiseerimine, mille eest on otseselt vastutav masina-traktori-jaama või sovhoosi direktor ning kolhoosi esimees. Tuleks määrata ka isikud, kes on vastutavad ohutustehnika reeglite täitmise eest.

2. Tööliste õpetamine ja instrueerimine ohutustehnikute ning meditsiinitöötajate poolt.

3. Traumaatilise abi organiseerimine lähedal asuvates ravi- ja profülaktikaasutustes kui ka sanitaarposti poolt.

Harju rajoonis on kolhooside, sovhooside ja masina-traktori-jaamade töötajad enamikus dispanseeritud. 1958. aasta algul oli masina-traktori-jaamades dispanseeritute 40% hüpertooniahaiged ja 36% mao- ja sooltehaiged. Sovhoosides dispanseeritute põevad 50% kroonilist gastriiti ning mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandeid. See näitab, et sovhoosides tuleb suurt rõhku panna ühiskondliku toitlustamise korraldamisele.

Dispanseeritud kolhoosnike hulgas on 57,5% hüpertooniahaiged.

Tervete kontingendist on Harju rajooni kolhoosides dispanseeritud ainult juhatuse liikmed, spetsialistid ja mehhanisaatorid. Raviasutused ei ole kindlustanud kõigi kontingentide röntgeniga läbivaigustamist. Samuti ei ole dispanseeritud regulaarselt meditsiiniliselt kontrollitud ega plaanipäraselt ravitud.

Põltsamaa rajoonis on dispanseerimine läbi viidud puudulikult. Näiteks kuulus Kursi masina-traktori-jaamas nimekirja alusel dispanseerimisele 87 isikut, meditsiiniliselt kontrolliti aga ainult 35 ja pooled nendest olid kantseleitöötajad. Ka meditsiinilisel läbivaatusel piirduti ainult anamneesi kogumisega haigetelt enestelt.

Tallinna ja Tartu vabariiklike haiglate abi maa meditsiinasutustele dispanseerimise küsimustes on olnud puudulik.

Nakkushaiguste juhtude arv, kui mitte arvestada grippi, on Harju rajoonis pidevalt vähenenud.

Velskri-ämmaemandapunktide ja maahaiglate meditsiinitöötajate koormus ei ole suur. Ühe meditsiinitöötaja kohta tuleb päevas keskmiselt 10 ambulatoorset vastuvõttu ja 1—2 kodust visiiti. Sellele vaatamata on Harju rajooni ravi- ja profülaktikaasutuste profülaktiline töö puudulik: meditsiinitöötajad tegelevad vähe sanitaar-profülaktiliste küsimustega ega valmista endale abiks ette ka sanitaaraktiivi — sanitaarposte, ühiskondlikke sanitaarvolinikke jt. Põltsamaa rajoonis alahinnatakse nõukogude tervishoiu profülaktilist põhiprintsiipi. Juhtivate meditsiinitöötajate arvates on sanitaarharidustöö ala, millega ei olegi tarvis tegelda, sest see ei toovat mingit kasu, vaid pigemini kahju.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium soovitas maarajoonide tervishoiuosakondade juhatajatel ja rajoonihaiglate peaarstidel meditsiinialase abi lähendamiseks maaelanikkonnale vaadata läbi ravi- ja profülaktikaasutuste võrk ja vajaduse korral 1958.—1959. a. jooksul olemasolevad velskri-ämmaemandapunktid ümber paigutada või avada uued.

Peab kindlustama kõigi kolhooside, sovhooside ja masina-traktori-jaamade mehhanisaatorite, tööeesrindlaste ja juhtiva kaadri dispanseerimist. Meditsiinitöötajad peavad analüüsima vähemalt kaks korda aastas haigestumust ja traumatismi, arutades seda küsimust kolhoosnikute üldkoosolekul ning sovhoosi ja masina-traktori-jaamade administratsioonidega. On vaja meditsiinitöötajatele püstitada konkreetsed ülesanded haigestumuse ja traumatismi vähendamise alal.

Tuleb teha ettepanekud täitevkomiteedele ära kuulata oma istungitel sovhooside ja masina-traktori-jaamade direktorite aruanded haigestumuse ja traumatismi kohta.

Sanitaarharidustöö taset peab tõstma ja parandama tööd sanitaaraktiiviga, hoolitsema, et igas brigaadis oleks sanitaarpaun vajalike esmaabivahenditega ning et kõik töötajad oskaksid anda esmaabi.

Ühtlasi otsustas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium teha ettepaneku Eesti NSV põllumajanduse ministrile, et sovhooside ja masina-traktori-jaamade direktorid tunneksid vastutust sanitaaraktiivi ettevalmistamise küsimustes, brigaadide sanitaarpostide varustamises esmaabivahenditega ning lastesõimede avamises sovhoosides põllutööhooajaks.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kinnitas kompleksplaani maaelanikkonna meditsiini- ja sanitaaralaseks teenindamiseks põllutööde perioodil.

Üliõpilaste 1958. aasta võistlustöödest Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas

K. Kõrge,

dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat

Ülikooli traditsiooni kohaselt avaldati ka käesoleva aasta 1. mail üliõpilaste võistlustööde tulemused. Arstiteaduskonnas oli võistlustöid esitatud 8. Neist tunnistati esimese auhinna vääriliseks kuus ja teise auhinna vääriliseks kaks tööd.

Esimese auhinna ja rahalise preemia vääriliseks tunnistati VI kursuse üliõpilase E. Allik'u eksperimentaalne uurimus: «Sümpaatilise piiriväädi resetseerimise toimest kõhuaordi ligeerimise tagajärgedele küülikuil», milles autor püüab selgitada, kui palju sümpaatikuse tüve lumbaalosa reseksioon võib vähendada kõhuaordi ligeerimisest tingitud kahjustusi. Autor teeb huvitava tähelepaneku, et niisugune operatsioon vähendab tunduvalt isheemilisi kahjustusi katselooma tagajäsemete lihastes, kuid testise kahjustused sümpatektomeeritud poolel on intensiivsemad.

Esimese auhinna said veel järgmised tööd:

E. K u u s (VI kursus): «Uurimus Weltmanni reaktsiooni dünaamika iseärasusist düsenteeriahaigeil». Autor näitab oma töös, et Weltmanni seerumvalkude sadestusreaktsiooni resultaate pideva jälgimise abil võib iseloomustada düsenteeria kulgu ja selle eri faase.

Omas uurimuses «Naha reaktiivsusseisundi muutustest neurogeense dermatoosiga haigeil seoses aeroionisatsioon- ja aerosoolraviga» näitavad üliõpilased H. P õ d e r (V kursus) ja H. T u u l (VI kursus) sensoorse kronaksia, naha galvaanilise erutusläve, naha histamiinitundlikkuse, kapillaaride resistentuse ning raviefekti abil uudse aeroionisatsioon- ja aerosoolravi mõju nahahaigustele. Autorid täheldasid rõõbiti naha funktsionaalse seisundi paranemisega valdaval osal haigeist ka kliiniliste nähtude taandarenemist.

Küllalt ulatusliku kliinilise ja kirjandusliku materjali olid läbi töötanud üliõpilased R. M a r k o v i t š (VI kursus) ja M. M a r t i n s o n (V kursus) oma töös «Kliinilisi tähelepanekuid lokaalse novokaiinifiltratsiooniteraapia tulemustest piirdunud ekseemi ja neurodermiidi ravis», milles esitatakse andmeid novokaiini rakendamise tulemustest dermatoloogias.

Üliõpilase I. N o v e k 'i (IV kursus) töö: «Protrombiini indeksi määramisi seedetrakti haiguste korral» pakub praktilisest seisukohast esijoonnes huvi kui uurimus, milles võetakse kriitilisele hindamisele mõned meie raviastutustes kasutatavad protrombiini määramise meetodid, selgitatakse nende puhul võimalikud vead ja näidatakse, millist meetodit on meie tingimustes kõige otstarbekohasem kasutada. Uurimus pakub huvi kõikidele laboratooriumidele, kus tegeldakse mainitud küsimusega.

Üliõpilased P. L a j a (VI kursus) ja R. V i n o g r a d o v (VI kursus) uurisid meie raviastutustes rõõbiti kasutatavate kaltsiumkloriidi 10-protsendilise lahuse intravenoosse ja sama preparaadi 0,25-protsendilise lahuse subkutaanse süstimise toimet vere eosinofiilsete leukotsüütide arvule ja leidsid, et mõlema manustamisviisi puhul võib täheldada võrd-

set eosinopeenilist efekti. Süstete eosinopeenilise mõju puudumine enamiku astmahaigete juures näitas, et kaltsiumkloriidi mõju sõltub seejuures aga organismi reaktiivsuse seisundist.

Teise auhinna said järgmised tööd:

E. K õ i v (VI kursus) «Monotsütogrammi dünaamikast hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi stimuleerimisel». Autor näitab, et adrenokortikotroopne hormoon, insuliin ja ka uinutid põhjustavad perifeerse vere monotsütogrammis samasuunalisi muutusi, mida võib pidada nimetatud desensibiliseerivate terapeutiliste menetluste mõju üheks — nimelt tsütoloogiliseks — väljenduseks.

Üliõpilane E. P õ l d v e r e (VI kursus) oma töös «*Chorea infectiosa* esinemisest Eesti NSV-s» esitab meie vabariigi suuremate haiglate materjalide põhjal ülevaate nimetatud haiguse juhtude sagedusest, esinemise geograafilistest iseärasustest, selle perioodilisusest, kliinilistest vormidest, kulust jne., andes hea ülevaate nimetatud probleemi praegusest olukorrast meie vabariigis.

Nagu esitatud ülevaatest nähtub, käsitlevad käesoleva aasta võistlustööd mitmeid aktuaalseid küsimusi teoreetilise ja eriti kliinilise meditsiini alalt. Mitmed neist tohiksid otsest huvi pakkuda ka tervishoiuvõrgus töötavatele arstidele — sest neis esitatakse uusi andmeid mõningate ravimenetluste näidustuste ja efektiivsuse, samuti nende toimemehhanismi kohta ning analüüsitakse mõnede praktikas väärtuslike laboratoorsete uurimismeetodite kasutatavust.

Tartu Riikliku Ülikooli ÜTÜ XII teadusliku konverentsi arstiteaduse sektsiooni tööst

J. Saarma,

dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat

16. kuni 20. aprillini 1958. a. toimus Tartu Riikliku Ülikooli üliõpilaste XII teaduslik konverents. Arstiteaduse sektsiooni neljal istungil esitati kokku 31 ja farmaatsia sektsiooni ühel istungil 6 ettekannet, mis olid pühendatud mitmesugustele küsimustele nii teoreetilise kui ka kliinilise meditsiini aladelt.

Mitmed tööd äratasid tähelepanu oma teoreetilise ning praktilise väärtusega ja tekitasid elavaid mõttevahetusi, näiteks A. Augla, A. Ehari, J. Zaleskaja ja H. Ers'i tööd «C-vitamiini sisaldusest põhilistes Eesti NSV aedviljades» ja «C-vitamiini sisaldusest TRÜ arstiteaduskonna üliõpilaste veres» (biokeemia kateeder), E. Türi töö «Merisea testiste kasutamisest testorganina eksperimentaalse tuberkuloosi uurimiseks» (nakkushaiguste ja dermatoloogia kateeder), T. Karu ja A. Alt'i töö «Tähelepanekuid hingamisliigutuste võrdleval uurimisel pneumograafilise ja röntgenoskoopilise meetodiga» (neuroloogia ja sisehaiguste propedeutika kateeder), S. Kippasto ja A. Stamberg'i töö «Prekantserooside esinemisest suuõõnes» (stomatoloogia kateeder) ning rida teisi.

Konverentsi ettekannete teesid on avaldatud trükis.

Keskharidusega meditsiinitöötajate ülesanded kehakultuurlaste meditsiinalasel teenindamisel

M. Jaama

(ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist, juhataja
F. Markusas)

Üks tähtsamaid kehakultuuriliikumise iseärasusi meie maal on masilisus ning üldrahvalik iseloom. Miljonid inimesed linnades ja maal tegelevad regulaarselt mitmesuguste spordialadega. Sotsialistliku ülesehitustöö kõigil etappidel on Nõukogude Valitsus kehakultuurile ja spordile vaadanud kui nõukogude inimeste tervise tugevdamise, töövõime tõstmise ja kommunistliku kasvatuses tähtsale vahendile.

Suurt tähtsust kehakultuuri arendamisel omab Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei otsus kehakultuuri kui kohustusliku õppeaine rakendamise kohta üldhariduslikes koolides.

Nõukogude sotsialistlik tervishoiusüsteem on suunatud peamiselt haiguste profülaktikale. Rahva tervise tugevdamisel on üheks oluliseks teguriks kehakultuur.

Eesti NSV-s on saavutatud kehakultuuri alal märkimisväärsed tulemusi. Näiteks oli 1957. a. iga kümnes inimene spordiseksiooni liige, enam kui 40 sportlast täitsid NSV Liidu meistersportlase normi ja rohkem kui 500 inimest saavutasid I spordijärgu. Aasta jooksul toimus 2822 spordiüritust, millest võttis osa 202 022 sportlast.

Kehakultuurlaste teenindamiseks on meie vabariigis loodud kaks dispanseri ja 17 kehakultuuriarsti kabinetti.

Kehakultuur on tihedalt seotud arstliku kontrolliga, milles on suur osa keskharidusega meditsiinitöötajail. Meditsiiniõdede töö kehakultuuri dispanserites ja kabinettides erineb meditsiiniõdede tööst statsionaaris või polikliinikus. See töö on väga mitmekesine.

Vastutav ülesanne on spordivõistluste meditsiiniline teenindamine. Dispanseri meditsiiniõdede kaadrist ei piisa aga kõikide võistluste meditsiiniliseks teenindamiseks Seepärast tuleb sportlaste teenindamisele võistluste ja ka treeningute ajal kaasa tõmmata meditsiinitöötajaid ka teistest ravi- ja profülaktikaasutustest. Praktika näitab, et paljudel meditsiiniõdedel ei ole kujutlust võistluste meditsiinilise teenindamisega seotud ülesannetest. Mõned meditsiiniõded on harjunud küll töötama arstide korralduste järgi, kuid iseseisval tegutsemisel tekivad nendel raskused. Iga öde peab tundma haigete transportimise elemente kui ka traumade tekkimise tingimusi ja põhjusi. Viimasteks on tavaliselt: a) hügieenilistest normidest mittekiinnipidamine, b) materiaalse ja tehnilise varustuse puudulikkus, c) vastavate kaitseabinõude ebaküllaldane rakendamine, d) meteoroloogiliste tingimuste arvestamata jätmine. Ei või nõustuda ka arvamusega, nagu oleksid traumad sportimisel vältimatud. On tõestatud, et kõikide vastavate abinõude rakendamisel on traumatism vältitav.

Sageli saadetakse valvesse keskharidusega meditsiinitöötajaid, kes ei oma vastavat ettevalmistust iseseisvaks tööks ega oska anda kvaliteetset esmaabi. Spordivõistlustele on tarvis valvesse saata meditsiinilises töös vilunud õdesid.

Teiseks dispanseri meditsiiniõdede tööloiguks on spordibaaside sanitaar- ja hügieenialane kontrollimine, millega peab tegelema ka sanitaar-epidemioloogiateenistus.

Sanitaar- ja hügieenialase järelevalve eesmärgiks on nõutavate tingimuste kindlustamine treeningupaikades ja spordiinventari korrasoleku kontrollimine. On olemas kindlad nõuded ja põhimäärused iga spordibaasi liigi kohta (nõutavad väljaku mõõdud, spordisaali kubatuur, valgustus, ventilatsioon jne.). Kahjuks ei tunne valvesse määratud personal sageli neid nõudeid. Enne spordivõistlustele valvesse minekut peaksid meditsiinitöötajad tutvuma vastavate põhimäärustega.

Peab tundma koolide kehalise kasvatuse tundide kohta kehtivaid sanitaaralaseid nõudeid. Eriti tähtis on see koolide meditsiiniõdedele, kes viibivad koolis tunduvalt rohkem kui arstid.

Kehakultuuri alal töötavad keskharidusega meditsiinitöötajad peavad looma kontakti treenerite ja sportlastega. See soodustab sportlaste dispanseerimist, nende tervisliku seisundi pideva jälgimise ja treeningukahjustuste õigeaegse vältimise otstarbel.

Sportlaste arstlikul läbivaatamisel on väga tähtsad antropomeetrilised andmed. Täpne antropomeetria ja teised uurimised võimaldavad meditsiinitöötajail õigesti hinnata iga sportlase tervislikku seisundit ja füüsilist arengut, jagada õpilased kehakultuuri tundideks vastavatesse gruppidesse, tundma õppida kehalise arengu dünaamikat jne. Antropomeetria tehnika ja meetoodika näivad esimesel pilgul väga lihtsatena, kuid nad nõuavad täpsust, praktilisi kogemusi ja tähelepanu. Iga meditsiiniõde peab antropomeetria tehnikat hästi valdama.

Dispanseri meditsiiniõed patroneerivad meie vabariigi koondvõistkondadesse kuuluvaid sportlasi ka kodus nende haigestumise puhul ja ka nende olustikuliste tingimustega tutvumiseks.

Tuleb märkida dispanseri keskharidusega meditsiinitöötajate aktiivset tööd noorte sportlaste kasvatamisel. Siia kuuluvad loengud ja vestlused spordikoolide õpilastega.

Tervishoiualaste ülesannete täitmisel omab suurt tähtsust meditsiinikaadri kvalifikatsioon. Vabariiklikus dispanseris toimuvad iga kuu õppused ja seminarid keskharidusega meditsiinitöötajate tööalaste teadmiste tõstmiseks. On otstarbekohane, et dispanseri meditsiiniõed täiendaksid oma teadmisi ka raviastutustes ja tutvuksid praktiliselt haiglatöö kõikide vormidega. Samuti on kasulik tutvuda perioodilise kirjandusega.

Kui keskharidusega meditsiinitöötajad ausalt ja ennastsalgavalt oma ülesandeid täidavad, on see suurimaks panuseks meie rahva tervise tugevdamisel.

Vabariiklik ftisiaatrite teaduslik konverents

8. ja 9. mail 1958. a. toimus Tallinnas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi korraldusel ftisiaatrite teaduslik-praktiline konverents, millest võttis osa ka rohkesti teiste erialade arste ja külalisi Moskvast. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg.

Ülevaate tuberkuloositõrje tööst Eesti NSV-s andis Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst J. Varrik, kes märkis, et aktiivsete tuberkuloosivormidega haigete arv hakkas vabariigis tunduvalt vähenema 1956. aastast alates. Esmaselt diagnoositud haigusjuhtumite arv Eesti NSV linnades vähenes 1951.—1955. aastani 31% võrra. Ka batsillieritajate arv esmaselt haigestunute hulgas vähenes 1950.—1955. a. vabariigi linnades 59% võrra, eriti Tallinnas, kus see langes 73,3% võrra. Ravi- ja profülaktikaalases töös esineb veel palju puudusi. Halvasti on toimunud eelkooliealiste laste ja noorukite tuberkuloosivastased revaktsineerimised. Vähe kasutatakse elanikkonna profülaktilisteks uurimisteks fluorograafe. Täiskasvanud tuberkuloosihaigetele ei jätku sanatooriumides piisavalt voodikohti. Referent ütles, et meie vabariigis on olemas kõik võimalused tuberkuloosi likvideerimiseks 2—3 viisaastaku jooksul. Selleks tuleb täiendada tuberkuloositõrje dispanserite varustust, komplekteerida kõik rajoonihaiglate tuberkuloositõrje kabinetid ftisiaatritega, organiseerida dispanserite juurde lasteosakonnad, vaksineerida ja revaktsineerida eelkooliealised lapsed ning noorukid.

Võru rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst E. Kongo esitas andmeid tuberkuloositõrje olukorrast Võru linnas ja rajoonis. Kuni 1954. aastani oli Võru rajooni maaelanike seas haigestumine aktiivsesse kopsutuberkuloosi võrdlemisi kõrge. Haigeid suri maal keskmiselt kaks korda rohkem kui linnas. Alates 1954. a. aga hakkas aktiivse kopsutuberkuloosiga haigete arv vähenema ka Võru rajooni maaelanike hulgas. 1957. aastal võeti haigestunud arvele kaks korda vähem kui 1954. aastal. Praegu rakendatakse Võru Tuberkuloositõrje Dispanseris kõiki kaas-aegseid ravimeetodeid. 1956. a. alates hakati teostama ka suurt kopsukirurgiat (torakoplastikat ja ekstrapleuraalse pneumolüüsi operatsioone). Efektiivselt teostatakse ka torakokaustikat. Viimastel aastatel väheneb õhkrinnahaigete arv. Profülaktiliselt on viimaste aastate jooksul läbi vaadatud kõik rajooni kooliõpilased.

Vabariikliku Tuberkuloositõrje arst H. Pullisaar esitas materjali Kose rajooni elanikkonna uurimisest tuberkuloosinakkuse kohta. 1957. a. suvel uuriti Kose rajooni elanikkonda komplekselt tuberkuloosi suhtes. Uurimine väärrib tähelepanu oma massilisuse poolest. Sellist uurimist meil seni teistes rajoonides ei ole läbi viidud. Tuberkuloosinakkuse selgitamiseks tehti tuberkuliiniproove 8263 juhul ning tuberkuloosivastaseid vaksineerimisi 1764 juhul. Röntgen-fluoragraafiliselt uuriti 8063 inimest.

Jõhvi rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst I. Danilova esitas andmeid tuberkuloosivastastest vaksineerimistest rajoonis. Alates 1949. a. teostavad kõik rajooni sünnitusosakonnad vastsündinute tuberkuloosivastast vaksineerimist. 1953. a. alates hakati vaksineerima

õpilasi. 1958. aasta jooksul revaktsineeritakse kõik rajooni kooliealised lapsed. 1958. a. I poolaasta jooksul vaktsineeritakse tuberkuloosi vastu kõik töölised kuni 30 aasta vanuseni.

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arstid I. Bugakov, E. Kalev ja E. Seibe esitasid materjale Tallinna elanikkonna fluorograafilise uurimise kohta. 1952.—1957. a. jooksul vaadati Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaarse fluorograafi abil läbi 212 420 inimest. 1956. a. avastati aktiivse kopsutuberkuloosi juhtumeid 0,73% läbivaadatuist. Sama aja jooksul vaadati Tallinna II Haigla statsionaarse fluorograafia kabinetis läbi 150 922 inimest. 1955. kuni 1957. aastani avastati seal 0,15% aktiivse tuberkuloosi juhtu, mis on 5 korda vähem, kui avastati Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri fluorograafiakabineti poolt. Referent tegi ettepaneku, et kõikide fluorograafiakabinettide töö reguleerimine, juhendamine ja kontroll avastatud tuberkuloosijuh-tude üle tuleks panna Vabariiklikule Tuberkuloositõrje Dispanserile.

Vabariikliku Seli Noorukite Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarst G. Sarv kõneles sanatooriumi töökogemustest kahe aasta jooksul. Põhili-se hügieenilis-dieetilis režiimi kõrval kasutatakse sanatooriumis laial-daselt antibakteriaalset ravi pikema kombineeritud ravikuurina. Ravi-aega tuleks pikendada poole kuni ühe aastani.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia korrespondeeriva liikme professor N. Šmeljovi ettekanne «Kemoterapia ja hormoonid tuberkuloosi ravis» võeti kuulajate poolt vastu elava tähelepanuga. Professor N. Šmel-jov märkis kemoterapiaks kasutatavate bakteriostaatiliste ravimite kom-bineeritud tarvitamise vajadust ja põhjendas teaduslikult ühtede ning teiste kombinatsioonide õigustatust. Peamiste kombinatsioonidena soovi-tas ta alguses kasutada streptomütsiini + PAS, pärast seda streptomütsiini + ftivasiidi jne. Ühtlasi rõhutas ta, et ravikuur peaks kestma vähemalt 1 aasta, hiljem teostatakse püsivamate tagajärgede saavutamiseks veel nn. sesoonravi kuure (kestusega 3 kuni 6 kuud). Hormoonipreparaatide (adrenokortikotroopne hormoon, kortisoon jt.) kasutamine annab mõnedel juhtudel häid tulemusi, kuid nende määramine peab toimuma lühikaa-lu-tult ning ainult vastavate näidustuste puhul.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia Tuberkuloosi Instituudi teaduslik töötaja N. Trigu b kõneles esmase tuberkuloosi ravist lastel ja nooru-kitel varajase nakkuse perioodil.

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arst H. Roog esitas materjale õhkrindravi rakendamise Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris. Õhkrindravi rakendati infiltratiivsete kopsutuberkuloosi vormide puhul 68%, koldelistel vormidel 14,5%, dissemineeritud vormi-del 14,5% ja fibro-kavernoossete vormide puhul 3% juhtudest. Kõige suuremat efektiivsust täheldati üle viie aasta kestnud ravi puhul. Sama-aegselt kasutati ka antibakteriaalset teraapiat.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise tuberkuloosi sektori juhataja meditsiini-teaduste doktor J. Ennulo esitas andmeid kopsutuberkuloosi kirurgi-lise ravi kohta Eesti NSV-s. Ettekandest nähtus, et Eesti NSV-s tehakse kopsutuberkuloosi puhul ftisiokirurgilisi operatsioone võrreldes tuber-kuloosihaigete arvuga suhteliselt rohkem kui teistes liiduvabariikides (1956. aastal oli Ukraina NSV-s üks operatsioon iga 12,7 haige kohta; Eesti NSV-s üks operatsioon 7,5 haige kohta) Referent märkis, et ftisio-kirurgide kaader peab end pidevalt täiendama. Mõnel ftisiokirurgil on vaja spetsialiseeruda anestesioloogiks.

Tallinna Linna Tuberkuloosi Haigla arst E. Kama esitas ettekande tuberkuloosse empüeemi kirurgilisest ravist haiglas 1951.—1957. a. Mai-nitud ajavahemikul sooritati peamiselt mitmeetapilist laiendatud tora-koplastikat, mida mõnel juhul täiendati pleurektoomiaga ja nahalihas-lapi transplantatsiooniga.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia Tuberkuloosi Instituudi kaastöölise meditsiiniteaduste kandidaati B. Stukalova ettekanne oli pühendatud tuberkuloositekitajate ravim-resistentsusele.

Tartu Riikliku Ülikooli Nakkushaiguste ja Dermatoloogia kateedri dotsent S. Laanese töös toodi uurimistulemusi *Mycobacterium tuberculosis*'e kasvatamisest kanaembrüos.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi noorema teadusliku kaastöötaja L. Jannuse töö tuberkuloositekitajate ravimresistentsuse määramisest haigete rögas äratas tähelepanu, sest see küsimus omandab viimasel ajal üha suuremat tähtsust seoses antibakteriaalsete vahendite laialdase kasutamisega. Uuriti 41 fibrokavernilise ja dissemineeritud kopsutuberkuloosihaike röga. Eraldatud *Mycobact. tuberc.* tüvedest olid streptomütsiin tundlikud 18, ftivasiiditundlikud 8 ja PAS-tundlikud 26. Tuberkuloositekitajate streptomütsiiniresistentsus leiti 22 haigel, ftivasiidiresistentsus 31 haigel ja PAS-resistentsus 13 haigel. Antibakteriaalse ravi edukamaks rakendamiseks on vaja organiseerida tuberkuloosikepikeste ravimresistentsuse määramist igas tuberkuloosiasutuses, kusjuures oluline on kasutada seda uurimismeetodit mitte ainult ravi kestel, vaid ka enne ravi algust ning korduvalt selle lõpetamisel. Tuberkuloosikepikeste ravimresistentsuse arenemise tõkestamiseks tuleb teostada kombineeritud antibakteriaalset ravi komplekselt koos hormoon- ja vitamiinpreparaatidega.

Konverentsi lõpul võeti vastu resolutsioon tuberkuloositõrje töö edasiseks parandamiseks.

H. Roots

Teine vabariiklik konverents spordimeditsiini ja ravi-kehakultuuri küsimustes

Käesoleva aasta aprillikuu lõpul toimus Tallinnas teine vabariiklik konverents spordimeditsiini ja ravi-kehakultuuri küsimustes. Konverentsi avas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Opetatud Meditsiinilise Nõukogu esimees A. Gunter. Tervitusega esines Eesti NSV Ministrite Nõukogu juures asuva Kehakultuuri ja Spordikomitee esimehe asetäitja K. Silvet.

Leningradi Kehakultuuri ja Spordi Teadusliku Uurimise Instituudi spordimeditsiini sektori juhataja professor A. Dembo programmiline ettekanne oli pühendatud haigestumiste varajase diagnostika ja vältimise probleemile sportlaste juures. Sõnavõtja näitas, kuivõrd tähtis on spordimeditsiini arstidele hea kliiniline ettevalmistus.

Sportlastel esineva müokardi düstroofia probleemi juures peatus N. Elstein. Hüpertooniliste seisundite diferentsiaalsest diagnoosimisest sportlastel rääkis aspirant N. Volnov.

Palju tähelepanu osutati konverentsil võitlusele sporditraumatismiga [H. Kauri, E. Liiva (Eesti NSV), meditsiiniteaduste kandidaat Z. Mironova (Moskva), M. Preissase (Leedu NSV) ja teised]. Erilist huvi äratas A. Sellendi ettekanne pehmete kudede traumade ravimisest joodpastaga. Spordimeditsiini praktikas kasutatakse joodpastat (N. Elsteini ettepanekul) esmakordselt tagajärjekalt Eesti NSV Vabariiklikus Arstlikus Kehakultuuri Dispanseris.

Väga aktuaalsed olid J. Varese ettekanne, milles analüüsiti ligikaudu 40 000 Eesti NSV kooliõpilase kehakultuuri gruppidesse määramist, meditsiiniteaduste kandidaadi O. Imeliku, aspirantide A. Viru ja J. Unger

ettekanded hapnikuvajadusest sportlike koormuste puhul, pedagoogikateaduste kandidaadi E. Mõtliku ettekanne ratsionaalse hingamise metoodika väljatöötamisest sportlaste juures jt.

F. Markusas tegi ettekande oma metoodikast funktsionaalsete proovide hinnangu kohta treeningu koormuse mõju astme määramisel sportlaste organismile. Seda meetodit on kasutatud enam kui 1200 arstlik-pedagoogilisel vaatlusel.

Huvitavad referaadid esitasid ravikehakultuuri alal professor V. Dobrovolski ja dotsent A. Seppo ning kehakultuuri instruktorid A. Vaab, E. Kurrik ja teised.

Suure huviga kuulati meditsiiniteaduste kandidaadi, NSV Liidu teenelise meistersportlase Z. Mironova sõnavõttu sportlaste meditsiinilisest teenindamisest XVI olümpiamängudel Melbourne'is, kus ta viibis Nõukogude delegatsiooni peaarsti asetäitjana.

Konverentsi tööst võttis osa umbes 200 inimest; nende hulgas oli teaduslikke töötajaid, arste, treenereid, juhtivaid sportlasi Eesti, Läti ja Leedu NSV-st, Moskvast, Leningradist ning Murmanskist.

Konverentsil esitatud ettekannete teesid trükiti eesti ja vene keeles.

Parimaid vabariigi spordimeditsiinitöötajaid autasustati Eesti NSV Ministrite Nõukogu juures asuva Kehakultuuri ja Spordikomitee aukirjadega ja kingitustega.

Konverents omab kahtlemata suurt tähtsust Eesti NSV sportlaste meditsiinilise teenindamise parandamisel eriti seoses algavate ettevalmistustega Nõukogude Liidu rahvaste spartakiaadiks.

F. Markusas

Teaduslikust konverentsist Leningradi Pasteur'i nimelises instituudis

9.—12. aprillini k. a. toimus Leningradi Pasteur'i nimelises Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis teaduslik konverents koos NSV Liidu loodeoblastite sanitaar-epidemioloogia jaamade esindajatega.

Konverentsi päevakorras oli rida ettekandeid alimenteraalse ja piisnakkuste alalt; samuti käsitleti mõnede zoonooside ja transmissiivsete infektsioonide uurimise küsimusi.

Sooltenakkuse alal äratas suurt tähelepanu professor E. Novgorodskaja ettekanne *coli*-enteriitidest. Ettekandja ja tema kaastöölised on tõestanud *coli*-enteriitide laialdase leviku Leningradis: kahekümne lasteasutuse uurimisel dokumenteeriti haigestumisi *coli*-enteriitidesse 18-nes asutuses. Samuti nähtub vastavatest bakterioloogilistest uurimistest, et Leningradis on 30—50 protsenti düspepsiajuhtudest tingitud *Escherichia coli* patogeensetest serotüüpidest. Prevaleerivaks on Leningradis *Escherichia coli* serotüüp O₁₁₁, mis põhjustab haigestumist *coli*-enteriitidesse 80 protsendil juhtudest.

Coli-enteriit on imikute- ja väikelaste haigus. Haigestumist iseloomustavad äge kõhulahtisus ja organismi kiire veetustumine ning intoksikatsiooni areng. Haigus kulgeb ägeda gastroenteriidi taoliselt, s. t. kahjustatud on peamiselt magu ja peensooled. Haiguse esimestel päevadel leidub roojas pisikuid suurel hulgal, tihti peaaegu puhta kultuurina. Kinnistes lasteasutustes, sünnitusmajades, lastesõimedes j.m. võib puhang haarata suure osa lapsi, kusjuures suremus võib ulatuda 50% ja isegi kõrgemale. Haigus levib peamiselt teenindava personali käte kaudu.

Leningradi Pasteur'i nimelise instituudi kaasabil on Leningradis ja selle vahetus ümbruses organiseeritud *Escherichia coli* patogeensete tüvede uurimine rohkem kui 30-nes bakterioloogilises laboratooriumis. Ühtlasi registreeritakse siin alates 1. jaanuarist 1958. a. coli-enteriite ühel alusel teiste soolte ägedate nakkushaigustega. Samuti on avatud statsionaaride juures eri oskonnad nende haigete hospitaliseerimiseks.

Ettekannetest sooltenakkuste alal tuleb märkida veel bioloogiateaduste kandidaadi V. Arbuzova uurimistööd salmonelloosidest. Salmonellade poolt põhjustatud toidutoksikoinfektsioonide juhtude pideva vähenemise taustal suureneb Leningradi tingimustes pidevalt nn. sporadiliste salmonellooside juhtumite arv. Viimaste puhul on tõestatud haiguse levik kontaktel teel koos pikaajalise, sageli aastaid kestva piskukandmisega.

Meie oludes pakub praktilist huvi ka ettekanne, mis käsitles düsenteeriapuhuse dispanseerimise efektiivsuse uurimist. Selles Pasteuri instituudi mitme töötaja (M. Sõromjatnikova, V. Sapožnikova, R. Goldberg, M. Tšahutinskaja) kollektiivses uurimistöös rõhutati düsenteeriat põdenute dispanseerimise otsustavat tähtsust eriti rekonvalesentsuse esimesel kuul. Ühtlasi näidati, et bakterioloogiliselt tõestatud düsenteerijahud kujunesid neli korda sagedamini esinevateks nakkusallikateks kui haiged, kellele haigus oli diagnoositud ainult kliiniliste andmete põhjal. Dispanseerimisaja lõpuks alanes ebarahuldavate hügieeniliste harjumustega perekondade hulk 26 protsendilt 11,5 protsendile, kuid jälgimisaja lõpul 730-st küsitletud isikust 20% ei teadnud, et düsenteeria on nakkushaigus, 45,8% ei tundnud haiguse levimise viise, 63% ei teadnud, et kaasajal esinevad peamiselt kerged haigusvormid, nad arvasid, et düsenteeriat iseloomustab alati veresegune roe.

Tallinna epidemioloogia, mikrobioloogia ja hügieeni teadusliku uurimise instituudi tööst sooltenakkuste probleemi alal andis ülevaate H. Pihl.

Piiskinfektsioonide alastes ettekannetes käsitleti konverentsil sarlakite, difteeria ja gripi küsimusi. Pasteuri instituut on rea aastate jooksul uurinud sarlakivastase immuniseerimise meetodeid. Samal ajal on uuritud vaksineerimatute, samuti varem sarlakeid mittepõdenud isikute immuunsust. Need vaatlused kinnitavad, et lastel suureneb sarlakite vastane immuunsus vanusega, mida võib seletada varjatud immuniseerimisprotsessiga. Loomulikku immuniseerumist püüti kiirendada ja tugevdada kahekordse adsorbeeritud sarlakite toksiini väikeste annuste manustamisega.

Haigestumine difteeriasse näitab Leningradis viimase viie aasta jooksul pidevat langust. 1957. a. oli difteeriasse haigestumise näitajaks siin 0,36 1/000-le. 1956. ja 1957. a. ei registreeritud Leningradis ühtegi surmajuhtu difteeriasse. Difteeriasse haigestuvad sagedamini kooliõpilased võrreldes eelkooliealiste lastega. Vastav vaksineerimine hõlmab Leningradis 90—95% lastest.

Viirusinfektsioone käsitles instituudi poliomüeliidi laboratooriumi uurimistöö. Siin toimub poliomüeliidiviiruse isoleerimine haigete roojast selle kultiveerimisega inimese embrüonaalkoel. Üleminek ühekihilisele trüpsiniseeritud koekultuuride kasutamisele ja loobumine kultuuride inkubeerimisest pöörlevates trumlites võimaldas laboratooriumil tunduvalt suurendada uurimiste arvu ja kiirendada vastuste saamist. Kõikide poliomüeliidi kliiniliste vormide juures eraldati poliomüeliidiviirus 0—7 aasta vanustel lastel 2,6—8 korda sagedamini kui 8-aastastel ja vanematel. Kuni seitsmeaastaste laste juures ei sõltunud viiruse isoleerimise sagedus erilisel haiguse kliinilisest vormist.

Pasteuri instituudil on märkimisväärseid saavutusi epideemilise parotiidi vaktsiini valmistamisel ja rakendamisel. Nagu vastavast ette-

kandest nähtus, vähendab parotiidi elusvaktsiini ühekordne manustamine nahasisese haigestumist kuni 10 korda. Selle professor A. Smorodintsevi juhendite järgi valmistatud vaktsiini efektiivsuse tundmaõppimiseks vaksineeris instituut 30 000 last.

Instituudi antiraabialaboratooriumis uuritakse eksperimentaalselt kõrgete immunogeensete omadustega vaktsiini saamist vaksinaalse viiruse inaktiveerimisel ultraviolettkiirte abil.

Rikketsioosidest käsitleti konverentsil tähnilist tüüfust ja Q-palavikku.

Tähnilise tüüfuse omapäraks on viimaste aastakümnete jooksul korduvate haigusjuhtude suur osatähtsus. Veil-Felixi reaktsioon ei oma kaasajal tähnilise tüüfuse laboratoorses diagnostikas enam seda väärtust mis varem, andes positiivseid tulemusi ainult kuni 40% juhtudest. Komplementireaktsioon spetsiifilise antigeeniga annab aga positiivsed vastused 99% juhtudest. Pasteuri instituudi töötajad on isoleerinud tähnilise tüüfuse tekitajad täide nakatamise teel haigete verrega. Rikketsiaid õnnestus sellejuures eraldada esmakordselt haigestunudel kaks korda rohkem kui korduvalt haigestunudelt.

Kuna Q-palaviku kliiniline diagnoosimine on raskendatud, omavad siin määravat tähtsust laboratoorsed uurimised. Selleks kasutatakse peamiselt seroloogilisi reaktsioone, mille eesmärgiks on antikehade avastamine haigete veres. Rakendatakse komplemendi sidumise ja aglutinatsiooni reaktsioone spetsiifilise *Rickettsia burneti* antigeeniga. Antibiootikumide kasutamine ei näi avaldavat mõju Q-palavikule omaste antikehade tekkele. Pärast haiguse põdemist säilivad kompleменти siduvad antikehad veres pikemat aega. Mõlemad uurimismeetodid ei sobi Q-palaviku varajaseks diagnoosimiseks, sest spetsiifilised antikehad ilmuvad haigete vereseerumisse alles 9—12 haiguspäeval.

Leptospirooside esinemisest Leningradi lihakombinaadi töötajatel kõneles instituudi teaduslik töötaja bioloogiateaduste kandidaat E. Popova. Pasteuri instituut uuris 1954.—1957. a. leptospirooside suhtes seroloogiliselt 2809 kombinaadi töötajat, kellest 170 isikut (6,2%) olid infitseeritud mitmesuguste leptospiirade tüüpidega, kusjuures prevaleerisid Monjakovi leptospiirade antikehad. Et lihakombinaadi töötajate kätel leidub sageli mitmesuguseid marrastusi, siis toimub nende nakatumine peamiselt vahetust kontaktist loomade vere ja siseelunditega. Ei ole aga välja lülitatud ka alimentaarne nakatumisviis.

Konverentsil leidis käsitlemist ka transmissiivse päritoluga tulareemiasse haigestumise puhang Leningradi oblasti Viipuri rajoonis. Haiguse levitajateks olid puugid — *Ixodes ricinus*, *Aedese* perekonda kuuluvad sääsed ja vesirodid. Samuti avastati *Bact. tularense* oja- ja tiigivetest. Haigestunute hulgas esines kõige rohkem haavanduvate buboonidega haiged.

Konverentsi lõpul toimus nõupidamine oblastite sanitaar-epidemioloogia jaamade esindajate ja Pasteuri instituudi juhtivate töötajate vahel, kus arutati sanitaar-epidemioloogia jaamade teaduslik-metoodilise juhendamise ja abistamise küsimusi.

H. Pihl

NSV Liidu Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatuse III pleenumilt

19. kuni 22. veebruarini 1958. a. toimus Moskvas NSV Liidu Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatuse ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiinilise Nõukogu hügieenikomitee korraldusel eelnimetatud seltsi juhatuse III pleenum, mille tööst võttis osa palju hügieniste Moskvast ja mujalt.

Põhilised ettekanded ja nendega seoses olevad sõnavõttud käsitlesid 1959.—1965. a. perspektiivplaani hügieeni, mikrobioloogia ja sanitaar-epidemioloogia alal.

NSV Liidu sanitaar-peainspektori asetäitja J. D. Lebedev märkis oma ettekandes, et NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium on seadnud enesele 1959.—1965. a. järgmised põhilised ülesanded: 1) tunduvalt vähendada haigestumust infektsioossetesse ning parasitaarsetesse haigustesse ja likvideerida mõned neist; 2) vähendada tunduvalt haigestumust ja suremust haigustesse, mille erikaal on praegu suur; 3) vähendada laste suremust; 4) tugevdada järeltuleva põlve tervist ja kehalist arengut ning 5) vähendada tööliste ajutist töövõimetust ja invaliidistumist.

Esimeses punktis toodud ülesanded on reaalselt lahendatavad, nii näiteks peab vähenema haigestumus düsenteeriasse, samuti tuleb vähendada haigestumust kõhutüüfusesse ja viia see sporaadiliste juhtudeni.

Malaaria tuleb perspektiivplaani kohaselt likvideerida 1960. aastaks.

Gripitõrjet tuleb tugevdada eriti mõnedes elanikkonna rühmades (tekstiili- ja nahatööstuse töölised, meditsiinitöötajad, õpilased, lasteasutuste ja lastesõime lapsed, kaubanduse ja side alal töötajad jt.), sest gripp tasandab teed teistele kardetavamatele haigustele. Samuti on seatud eesmärgiks vähendada haigestumist difteeriasse, läkaköhasse, poliomüeliiti (taotledes ka selle letaalsuse vähendamist).

Muudest haigustest rõhutas ettekandja eriti infektsioosset hepatiiti (ka seerumihepatiiti ja toksilist hepatiiti), mille uurimist tuleb intensivistada.

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XX kongressi resolutsioonides on ette nähtud laiaulatuslik tööstuslike ettevõtete, elamute ja kultuuriasutuste ehitamine, kommunaalmajanduse ja põllumajanduse arendamine. See kõik esitab tervishoiutööle suuri nõudeid. Siin on tervishoiu ees väga laialdased ülesanded õhu, pinnase ja veekogude reostumise vältimise alal. Tervishoiutöötajatel on suured ülesanded asulate heakorrasdamisel, eriti seal, kus esineb veel düsenteeriasse haigestumust.

Perspektiivplaanis on ette nähtud suured ülesanded töötervishoiu alal, kusjuures erilist tähelepanu tuleb pöörata kiiritustõve, vibratsioonitõve, müra ja kõrgsagedusvoolu kahjustuste profülaktikale.

Maarajoonides tuleb süvendada profülaktilist tööd, eriti insektofungitsiidide ja herbitsiididega tegelevate isikute hulgas.

Toitlühügieeni alal näeb perspektiivplaan ette muude ülesannete kõrval ratsionaalse toitlustamise juurutamist ja toiduainete vitamineerimist. Selles ja ka professor O. P. Moltšanova ettekandes rõhutati, et toitlustamise ratsionaliseerimise alal on veel vähe tehtud.

Laste ja noorukite hügieeni alal on tähtsamateks ülesanneteks üleminek ühe vahetusega koolitööle, valgustuse parandamine koolides, koolide varustamine õigete koolipingitüüpidega, kool-internaatide ehitamine, õppekoormuse vähendamine ning koolieinete juurutamine kõikides koolides.

Sanitaarhariduse alal püstitati ülesanne, et sellest tööst peavad osa võtma mitte ainult sanitaar-arstid, vaid kõik arstid.

Lõpuks pidas sõnavõtja üheks tähtsamaks ülesandeks sanitaar-epidemioloogia jaamade ja rajoonihaiglate vastavate osakondade töö kindlustamist ning parandamist.

Professor A. A. Letavet rõhutas oma ettekandes vajadust välja töötada profülaktilisi abinõusid, mis võimaldaksid ohutult töötada aatomi-elektrijaamades, aatomienergia abil liikuvatel transpordivahenditel jne. Arvesse võttes, et tööstuses esinevad niisugused kahjustavad faktorid, nagu elektromagneetilised lained, vibratsioon (eriti kõrgsageduslik vibratsioon), tööstuslik müra ja ultraheli, on vaja uurida nende faktorite mõju inimese organismile ja töötada välja abinõud kahjustuste vältimiseks.

Tööstuslikus toksikoloogias vajavad uurimist uued keemilised ained, et tööprotsessist õigeaegselt välja lülitada ained, mis on inimorganismile eriti kahjulikud. Neist ainetest toodi esile uued orgaanilised lahustajad, uued polümeerid kunstkiu ja plastmasside valmistamisel, uued orgaanilised värvained, uued ravivahendid ja eriti veel uued insektofungitsiidid ning herbitsiidid.

Professor A. A. Letavet ütles, et tööstuse automatiseerimisega ja mehhaniseerimisega jääb töölisele peamiselt vaimne töö (juhtimispuultide või automaatide töö jälgimine jne.), mis nõuab tähelepanu pingutamist, täpset ja kiiret reageerimist ning närvisüsteemi vilgast talitlust. Seega tuleb esile tõsta vaimse töö probleeme. Ka on vaja suuremat tähelepanu pöörata säärasele elementaarsetele, monotoonselt korduvatele töövõtetele, nagu töötamine konveieritel, kiirmasinatel jne.

Professor N. N. Litvinovi ettekandes perspektiivplaani kohta rõhutati vajadust uurida nõrgatoimeliste ja kestvate väliskeskkonna tegurite mõju organismile ning selgitada uute kunstlike valgustusallikate tähtsust hügieenis.

Professor O. P. Moltšanova ettekandes väärib erilist tähelepanu diferentseeritud toidunormide väljatöötamise küsimus erinevate majandusgeograafiliste rajoonide jaoks. Ravitoitlustamise alal rõhutas ta vajadust põhjalikumalt uurida üksikuid toitaineid, eriti rasvu, sest see küsimus peaks olema tihedas seoses ateroskleroosi ja organismi vananemise probleemidega. Ka pidas ta vajalikuks uurida uusi meetodeid toiduainete säilitamisel ja konserveerimisel, nagu antibiootikumid, mitmesugused uued keemilised ained ja teised.

M. Kask

Nõupidamine tööstusettevõtete tööliste meditsiinialase teenindamise küsimustes Harkovis

25. kuni 28. märtsini k. a. toimus Harkovis üleliiduline nõupidamine tööstusettevõtete tööliste meditsiinialase teenindamise küsimustes. Nõupidamisest võttis osa üle 600 isiku. Peale meditsiinitöötajate võtsid konverentsist osa veel suuremate majandusrajoonide rahvamajanduse nõukogu, ametiühinguorganisatsioonide ning Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside esindajad. Konverentsil kuulati ära järgmised ettekanded:

1. NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja M. Homutova — Tööstustööliste meditsiinialase teenindamise olukorrast ja abinõudest selle parandamiseks.

2. Vene NFSV tervishoiu ministri asetäitja V. Stepanov — Masinaehitustööstuse tööliste meditsiinialase teenindamise olukorrast ja abinõudest selle parandamiseks.

3. Ukraina NSV tervishoiu minister P. Šupak — Söe- ja metallurgiatööstuse tööliste meditsiinialase teenindamise olukorrast ja abinõudest selle parandamiseks.

4. Azerbaidžani tervishoiu ministri asetäitja B. Adžajev — Naftatööstuse tööliste meditsiinialase teenindamise seisukorrast ja abinõudest selle parandamiseks.

5. Traumatoloogia ja Ortopeedia Keskinstituudi direktor N. Pirov — Tööstustraumatismi seisukorrast ja abinõudest selle vähendamiseks.

6. NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee esimehe asetäitja P. Divakov — NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside aktiivi osavõtt tööstustööliste haigestumuse ja traumatismi vähendamisest.

Nii ettekandjad kui ka sõnavõtjad mainisid, et seal kus tervishoiuorganite juhtivad töötajad, ühendatud haiglate ja sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstid ning tervishoiupunktide juhatajad haigestumust põhjalikult analüüsivad, kus meditsiinialane teenindamine on hästi korraldatud ja ametiühingu organisatsioonid partei ning nõukogude organisatsioonide abiga taotleavad töötingimuste ja ohutustehnika parandamist, väheneb haigestumuse ja traumatismi ning ajutise töövõimekaotuse juhtude arv pidevalt.

Nõupidamise resolutsioonis märgitakse tervishoiuorganite peamise ülesandena polikliinilise töö, territoriaalse jaoskondliku teenindamise ning tervishoiupunktide töö edasist parandamist ning juhtivate tööstusettevõtete tööliste teenindamist esmajärjekorras. Peamiseks meetodiks peab saama tervete tööliste (noorukid ja kahjulikes tingimustes töötajad) kui ka haigestunute dispanseerimine varajases staadiumis, et õigeaegse ravi ja tervistavate abinõude rakendamisega võiks taastada tervise ja töövõime. Nende ülesannete täitmine lasub haiglate peaarstide asetäitjatel ekspertiisi alal ja haiglate osakonnajuhatajatel, kes vastutavad ajutise töövõime tuse õige ja kvaliteetse ekspertiisi eest. Samuti on nad vastutavad tervishoiupunktide arstide kvalifikatsiooni tõstmise eest professionaalse patoloogia alal.

A. Sarap

Nõuannet juriidilistes küsimustes

A. Kaldma,

ENSV Tervishoiu Ministeeriumi juriskonsult

1. Küsimus. Lõpetasin 1956 a. TRÜ Arstiteaduskonna ja omandasin arsti kutse. Enne ülikooli astumist omandasin lõpetatud meditsiinilise keskhariduse ja töötasin viis aastat velskrina. Kuidas tuleb mulle töötasu tarifytseerida?

Vastus: Käesoleval juhul tuleb Teile töötasu tarifytseerida kui üle viie aastase staažiga arstile (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri 22. oktoobril 1955. a.).

2. Küsimus. Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga on mulle kui arstile määratud personaaltasu 20%. Kas on mul õigus saada personaaltasu, kui ma lähen teise asutusse tööle?

Vastus: Personaalne lisand ametipalgale, mis on määratud meditsiinitöötajale vastavalt NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 12. augusti määrusele nr. 1455, makstakse välja ainult sellele isikule, kellele see on määratud ja ainult seni, kui see isik on samal ametikohal, mille järgi see lisatasu on määratud.

Meditsiinitöötaja üleviimisel teisele ametikohale samas asutuses, või teise asutusse võib personaalset palgalisa vajaduse korral uue ametikoha järgi uuesti määrata.

3. Küsimus. Kas võib töötajat ümber paigutada teisele töökohale ilma tema nõusolekuta?

Vastus: Vastavalt Vene NFSV Tööseaduste Koodeksi § 37-le ei või töötajat ümber paigutada teisele kohale ilma tema nõusolekuta.

Vältimatu tootmisalase vajaduse puhul on administratsioonil õigus töötajat ilma tema enese nõusolekuta teisele tööle üle viia üheks kuuks samas või teises ettevõttes, asutuses või majandis, kuid samas maakohas.

Juhul kui töö eest, millele töötaja üle viidi, tasutakse vähem kui endise töö eest, säilitatakse üleviidule keskmine töötasu endise töökoha järele.

4. Küsimus. Töötan arstina haiglas. Peale põhikoha on mul veel kohakaaslus. Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga lähetati mind Moskvasse. Kas mul säilib töötasu lähetuse ajal põhitöökoha ja ka kohakaasluse alusel?

Vastus: ÜAÜKN Juriidilise Osakonna 1950. a. 10. jaanuari kirja nr. 55—2799 alusel raviasutuste meditsiinitöötajate ametilähetuste puhul, mis toimuvad NSV Liidu ja liiduvabariigi tervishoiu ministeeriumide poolt antud ülesannete täitmiseks kõrgemalseisvate tervishoiuorganite korralduste alusel, tuleb säilitada töötasu nii põhitöökoha kui ka töökoha järele kohakaasluse alusel (Vt. ühtlasi küsimusi 10 ja 15).

5. Küsimus. Lõpetasin Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kolm kursust. Kas on mul õigus töötada õena?

Vastus: Isikud, kes on lõpetanud kõrgema õppeasutuse arstiteaduskonnas 3 kursust, omavad õiguse töötada meditsiiniõena, kusjuures töötasu tuleb tarifitseerida NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 12. augusti määruse nr. 1455 II osa «Meditsiiniliste asutuste keskmine ja noorem personal» punkt 2-a järgi.

6. Küsimus. Olen lõpetanud tööprotsessi katkestamata Punase Risti poolteiseaastased meditsiiniõdede ettevalmistamise kursused ning töötanud kaks aastat meditsiiniõe ametikohal. Kuidas tuleb mulle töötasu tarifitseerida?

Vastus: NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu 1946. a. 1. märtsi korraldusega nr. 2691-g võrdsustatakse töötasu suhtes lõpetanud meditsiinilist keskhariidust omavate meditsiiniõdedega ka õed, kes on lõpetanud Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside poolteiseaastased kursused ning omavad mitte vähem kui kaheaastast tööstaaži.

7. Küsimus. Töötan jaoskonnaarstina. Võtan haigeid vastu poliklinikus ning teen koduseid visiite. Kui pikk peab olema minu tööpäev?

Vastus: Vastavalt NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu 1940. a. 11. detsembri määrusele nr. 2499 on haiglates, sünnitusmajades, dispanserites ja iseseisvates ambulatoorilis-polikliinilistes asutustes arstide, kes tegelevad ainult haigete ambulatoorse vastuvõtuga, tööpäeva pikkus 5½ tundi. Neil päevil aga, millal need arstid vastavalt graafikule või sisekorra eeskirjadele osaliselt töötavad statsionaaris, teevad jaoskonnas sanitaarselgitus- või muud profülaktilist tööd, on nende tööpäeva pikkus 6½ tundi. Teie tööpäeva pikkus on 6½ tundi.

8. Küsimus. Olen töötanud 9 aastat sanitarina. 1956. a. lõpetasin Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu meditsiiniõdede ettevalmistamise kaheaastased kursused ning asusin tööle meditsiiniõena. Haigla tarifitseerib mulle töötasu kui meditsiiniõe kuni 5 aastase tööstaažiga, kusjuures ei võeta arvesse töötamist sanitarina.

Vastus: Teie töötasu tarifitseeritakse õigesti, sest sanitarina töötamist arvestatakse noorema meditsiinipersonali tööstaaži hulka.

9. Küsimus. Kuidas antakse puhkust kohakaasluse alusel töötavale töötajale, kas täiel määral, nagu näeb ette ametikoht, või proportsionaalselt saadava palga osa ulatuses?

Vastus: Kui on õigus järjekordse puhkuse saamiseks, siis antakse puhkust kohakaasluse alusel töötajale täies ulatuses, olenemata sellest, milline osa palgast talle on kinnitatud.

10. Küsimus. Töötan arstina rajoonihaiglas. Käesoleval aastal suunati mind spetsialiseerimiskursustele väljapoole alalist elukohta. Kas mu töötasu säilib peale põhikoha ka veel kohakaasluse alusel?

Vastus: Arstidele, kes suunatakse väljapoole alalist elukohta spetsialiseerimiskursustele, makstakse lähetusse suunava asutuse poolt:

a) sõiduraha sinna ja tagasi

b) päevarahad teeloleku aja eest ulatuses, mis on kindlaks määratud teenistusalasteks lähetusteks.

Peale töötasu, sõiduraha sinna ja tagasi ning päevaraha teeloleku aja eest makstakse isikutele, kes suunatakse õppima väljapoole oma alalist elukohta ja kelle palk ei ületa 1000 rbl., stipendiumi 400 rubla kuus. Spetsialiseerimiskursustel viibimise ajal kohakaasluse alusel töötasu ei säilitata.

11. Küsimus. Oman meditsiinilist keskhariidust ning töötan õenaperenaisena. Asutus tarifitseerib mulle töötasu NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 12. augusti määruse nr. 1455 II osa «Meditsiiniliste asutuste keskmine ja noorem personal» punkt 2-b järgi, s. o. 375 rubla. Kas see on õige?

Vastus: Teie töötasu on õigesti tarifitseeritud. Õe-perenaise töötasu tuleb tarifitseerida NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 12. augusti määruse nr. 1455 II osa «Meditšiiniliste asutuste keskmine ja noorem personal» punkt 2-b järgi, olenemata nende eriharidusest.

12. Küsimus. Töötan ravi-asutuses arstina. Mõni kuu tagasi omistati mulle meditsiiniteaduste kandidaadi kraad. Kas on mul õigus palgalisale ja mis ajast alates?

Vastus: Ravi-asutuste arstidel, kes omavad meditsiiniteaduste kandidaadi kraadi, töötasu tõuseb 100 rubla võrra. Kõrgem töötasu määratakse kõrgema töötasu saamist õigustava dokumendi esitamise päevast alates.

13. Küsimus: Töötan lastesõimes õena-kasvatajana. Olen lõpetanud Sotsiaal- ja Kodundusinstituudi patronaaziosakonna. Kuidas tuleb mulle töötasu tarifitseerida?

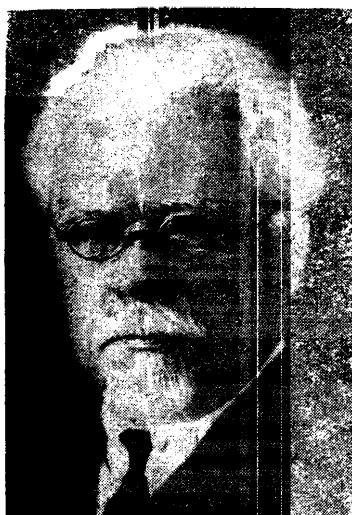
Vastus: Eesti NSV Rahandusministeeriumi 1956. a. 6. detsembri kirja nr. 4—2/2 põhjal võrdsustatakse töötasude alal meditsiinilist haridust omavate meditsiinitöötajatega isikud, kes on lõpetanud Sotsiaal- ja Kodundusinstituudi patronaaziosakonna ja kes töötavad tervishoiuasutustes õdedena-kasvatajatena.

14. Küsimus. Töötan haiglas arstina. Alates 15. oktoobrist 1954. a. kuni 15. oktoobrini 1957. a. olin Tartu Riikliku Ülikooli aspirant. Kas on õigus arsti tööstaazi hulka arvestada aspirantuuris viibimise aega, kusjuures enne aspirantuuri astumist töötasin 2 aastat arstina.

Vastus: Aspirantuuris viibimise aeg tuleb Teile arvestada arsti tööstaazi hulka (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri 22. oktoobril 1955. a.).

15. Küsimus. Olen lähetatud (töökohale) Moskvasse üheks kuuks uue ravimeetodiga tutvumiseks. Kuidas tuleb mulle tasu maksta?

Vastus: Ametialase ülesande täitmiseks lähetatud töötaja saab kompensatsiooni üldistel alustel, vastavalt NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu 1940. a. 19. juuni määrusele nr. 1047 — «Tasumaksmisest teenistuslaste lähetuste puhul NSV Liidu piires».



Pjotr Ivanovitš Kurkin

(100. sünniaastapäeva puhul)

28. märtsil möödus 100 aastat teenelise teadlase professor P. Kurkini, väljapaistva arstiteadlase ja Nõukogude meditsiinilise statistika rajaja sünnist.

Kõrgema hariduse omandas P. Kurkin Peterburi Ülikooli loodusteaduskonnas. Selle lõpetanud, õppis ta Moskva Ülikooli arstiteaduskonnas.

Pärast arstidiplomi saamist töötas P. Kurkin jaoskonnaarstina. Alates 1891. aastast töötas ta Moskva kubermangu sanitaarbüroos sanitaarstatistika osakonna juhatajana kuni Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsioonini.

Selle perioodi jooksul kirjutas P. Kurkin palju tähelepanuäratavaid töid. Kõige hinnatavamad on tema uurimused elanikkonna üldise haigestumuse alal; ta töötas välja haigestumuse uurimise meetodika ja on üks niinimetatud Pirogovi haiguste klassifikatsiooni ja nomenklatuuri autoreid. Samal ajal võttis P. Kurkin aktiivselt osa ühiskondlikust tööst, juhatades Pirogovi seltsi alatist statistikakomisjoni.

Pärast 1917. aastat võttis P. Kurkin aktiivselt osa riiklikust tööst, töötades konsultandina Tervishoiu Rahvakomissariaadis ja Statistika Keskvalitsuses, kus ta oli sanitaarstatistika komisjoni juhatajaks. P. Kurkin võttis juhtivalt osa ühtse arvestuse ja aruandluse süsteemi loomisest nõukogude meditsiinasutuste jaoks.

P. Kurkin suri 1934. aastal jättes meile teadusliku pärandina üle 140 avaldatud teadusliku töö. Pjotr Ivanovitš Kurkin tõstis oma töödega kõrgele vene sanitaarstatistika autoriteedi kogu maailmas ja muutus õigusega meie sanitaarstatistika uhkuseks.

A. NORDBERG — Maa-arstijaoskond Arstiteaduse teooria ja praktika	3	A. НОРДБЕРГ — Сельский врачебный участок	3
A. GUNTER — Südame ja veresoonte haiguste profiilaktikast ning ravist	10	Теория и практика медицины A. ГУНТЕР — О профилактике и ле- чении сердечно-сосудистых забо- леваний	10
J. SAARMA — Tahelepanekuid skiso- freenia alavormide erinevusest . . .	17	Ю. СААРМА — Различия в клиниче- ских формах шизофрении	17
A. LUTS — Müravastase võitluse täht- susest	21	A. ЛУТС — О значении борьбы с шу- мом	21
K. KORGE ja E. MURASEV — Abdo- minaalse aordi spontaanse ruptuuri kliinikust	25	К. КЫРГЕ и Э. МУРАШЕВ — Кли- ника спонтанных разрывов брюш- ного отдела аорты	25
A. VARES — Mõnedest laste toitmise aktuaalsetest küsimustest	27	A. ВАРЕС — Актуальные вопросы вскармливания детей	27
F. MARKUSAS — Võrdlevaid andmeid kooiüpipilaste füüsilise arengu ja haigestumise kohta	32	Ф. МАРКУСАС — Сравнительные данные физического развития и заболеваемости учащихся	32
E. TALLMEISTER ja E. TAMME- PÖLD — Salmonella typhosa eri- tumistest hingamisteede kaudu . . .	35	Э. ТАЛЛМЕЙСТЕР и Э. ТАММЕ- ПЫЛЬД — О выделении возбу- дителей брюшного тифа через дыхательные пути	35
E. RAUDAM — Poliomieliidi ravimisest	39	Э. РАУДАМ — О лечении полиоми- елита в острой стадии	39
V. TAPUPERE, E. KALLAS ja L. HUMAL — Poliomieliidi viruso- loogilisest diagnostikast	44	В. ТАПУПЕРЕ, Э. КАЛЛАС и Л. ХУ- МАЛЬ — О вирусологической диагностике полиомиелита	44
K. VASSILJEVA ja G. MEDINSKI — Peamisi ülesandeid looduslike hai- guskollete ja zoonooside uurimisel	47	К. ВАСИЛЬЕВА и Г. МЕДИНСКИЙ — Основные задачи при изучении природно-очаговых болезней и зоо- нозов	47
G. MEDINSKI — Leptospiroosid . . .	50	Г. МЕДИНСКИЙ — О лептоспирозе Организация здравоохранения	50
Tervishoiu organisatsioon		Б. ПШЕНИЧНИКОВ — Очередные задачи работы с донорами	54
B. PŠENITSNIKOV — Järjekordsed ülesanded doonorluse alal	54	О. КООК — О работе аптек Эстон- ской ССР	57
O. KOOK — Märkmel Eesti NSV apteekide tööst	57	II. РАТТУС — Коллегия Министерства здравоохранения обсудил состоя- ние медицинского обслуживания сельского населения	60
P. RATTUS — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas maaelanikkonna tervishoiualase tee- nendamise seisukorda	60	Подготовка кадров	
Kaadri ettevalmistamine		К. КЫРГЕ — О конкурсных работах студентов медицинского факуль- тета Тартуского государственного университета в 1958 году	63
K. KORGE — Üliõpilaste 1958. a. võist- lustöödest Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas	63	Ю. СААРМА — О работе медицин- ской секции XII конференции Научного общества студентов Тартуского государственного уни- верситета	64
J. SAARMA — Tartu Riikliku Ülikooli ÜTÜ XII teadusliku konverentsi arstiteaduse sektiiooni tööst	64	В помощь фельдшерам и медсестрам	
Abiks velskritele ja õdedele		М. ЯАМА — Задачи средних меди- цинских работников при медицин- ском обслуживании физкультурни- ков и спортсменов	65
M. JAAMA — Keskhariidusega mediti- siinitöötajate ülesanded kehakul- tuurlaste ja sportlaste meditsiini- lisel teenindamisel	65	Конференции и совещания	
Konverentsid ja nõupidamised		Х. РООТС — Республиканская науч- ная конференция фтизиатров	67
H. ROOTS — Vabariiklik ftisiaatri- teaduslik konverents	67	Ф. МАРКУСАС — Конференция по вопросам спорт. медицины и ле- чебной физкультуры	69
F. MARKUSAS — Teine vabariiklik konverents spordimeditsiini ja ravi- kehakultuuri küsimustes	69	Х. ПИХЛ — О научной конференции института имени Пастера	70
H. PIHL — Teaduslikust konverentsist Leningradi Pasteur'i-nimelises ins- tituudis	70	М. КАСК — На III пленуме прав- ления Научного общества ги- гиенистов СССР	73
M. KASK — NSV Liidu Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatusel III plee- numilt	73	A. САРАП — Совещание по вопросам медицинского обслуживания рабо- чих промышленных предприятий	74
A. SARAP — Nõupidamine tööstusette- võtete tööliste meditsiinalase tee- nendamise küsimustes Harkovis . .	74	Консультация	
Konsultatsioone		A. КАЛЬДМА — Консультация по юридическим вопросам	76
A. KALDMA — Nõuannet juriidilistes küsimustes	76	Юбилейные даты	
Tähtpäevad		К. ВАСИЛЬЕВА — Петр Куркин . . .	79
K. VASSILJEVA — Pjotr Kurkin . . .	79		

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi häälekandja

Toimetuse kolleegium

F. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.



4
*Julix
August*

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN, 1958

Aminasiini rakendamisest psühhiaatrias

E. Karu,

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtuarstiteaduse kateedrist ning Vabariiklikust Tartu Kliinilisest Haiglast, juhataja meditsiiniteaduste doktor professor E. K a r u)

Paljude fenotiasiini ehk «neuroleptiliste» preparaatide hulgast, mis oma keemiliselt koostiselt ja toimelt on üksteisele lähedased (nagu etisiin, diprosiin, multesiin jt.), rakendatakse psühhiaatrias kõige laialdasemalt aminasiini, mis on analoogne selliste välismaiste preparaatidega, nagu *Hibernal*, *Chlorpromazine*, *Megaphen*, *Largactil* ja *RP 4560*. Hibernaal sünteesiti esmakordselt 1950. aastal Prantsusmaal ja vähe hiljem ka Nõukogude Liidus M. N. Štšukina ja N. V. Savitskaja poolt aminasiini nime all [M. D. Maškovski (1)]. Aminasiini uurimine näitas, et selle preparaadi toime on mitmekülgne ja keerukas, seetõttu kasutatakse seda mitmesuguste indikatsioonide puhul.

Aminasiini toime uurimisel on palju tähelepanu pööratud tema ründepunkti selgitamisele, kuid seni on see küsimus jäänud mitmes osas lahtiseks ja uurimused selles suunas jätkuvad. Kasutades tingitud refleksi meetodit leidis S. J. Arbusov (1), et küülikul põhjustab 1,5 mg/kg aminasiini täieliku tingitud refleksi kadumise ja seljaaju reflektorse talitluse pidurdamise. Sama leidis S. Courvoisier (1) süstides 0,5—1 mg/kg aminasiini rottidele. Seevastu sedastas I. N. Lektorski rottidel pärast 0,5—3 mg/kg aminasiini manustamist mootorika aeglustumist ja tingitud refleksi latentsete aegade pikenemist. Viimaste leidude põhjal arvab M. D. Maškovski (1), et katseloomade motoorsete tingitud refleksi uurimisresultaatide hindamises võib esineda vigu.

Mitmete autorite arvates asub aminasiini ründepunkt aju koorealustes moodustistes [G. K. Tarassov (2)] või *substantia reticularis*'e eesmises osas vaheaaju kõrgusel [G. K. Tarassov (3)], kuna H. Laborit'i (3) arvates aminasiin pidurdab närviprotsesse mitmesugustes närvisüsteemi osades, esmajärjekorras katkestab see ühendused vaheaaju ja ajukoore vahel. Seda küsimust on eksperimentaalselt uurinud P. K. Anohhin (4) ja V. G. Agafonov (5) valuäriristuste ning Tertsen (1) bioelektriliste uurimuste abil. Nad võisid sedastada, et aminasiini ründepunkt kesknärvisüsteemis asub *substantia reticularis*'e ajutüve osas, mis avaldub ajukoore *substantia reticularis*'e toniseeriva ja erutava toime äralangemises.

Aminasiini ründepunkti selgitamiseks võiks kaasa aidata ka selle kontsentratsiooni määramine elundites. Selles suunas läbiviidud uurimustes märgitud S^{35} -aminasiiniga leidsid N. A. Fjodorov ja S. E. Šnol (6, 7), et ühekordselt nahaalusi manustatud aminasiini leidub kõige enam kopsudes, seejärel maksas, neerudes ja põrnas. Ajus leidub aminasiini märgatavalt vähem ja enam-vähem võrdselt kõigis ajuosades. Maksimaalne kontsentratsioon saavutati kahe tunni möödumisel. A. V. Wase, J. Christenseni ja E. Polley (8) poolt teostatud uurimised rottidel S^{35} -kloorpromasiiniga (1—4 päeva jooksul 50 mg/kg päevas) näitasid et S^{35} -kloorpromasiin kuhjub peamiselt hüpotaalamuse, vähem ajukoore ja teiste ajuosade fosfolipiididesse.

Aminasiini üheks silmapaistvaks omaduseks on hüpotermia tekitamine, mis on tunduvalt tugevam väikestel katseloomadel madala välis-temperatuuri juures. Hüpotermia ei olene ainevahetuse ja hapnikuvajaduse langusest, vaid aminasiini tsentraalsest toimest. Hüpotermiline efekt aminasiini korduvalt manustamisel väheneb [M. D. Maškovski (1)]. Aminasiini toimed lõtvuvad võõrtlihased. Esialgu arvati, et see oleneb aminasiini otsesest halvavast mõjust lihastele või kuraretaoliste ainete toime tugevnemisest, kuid M. D. Maškovski ja B. A. Medvedevi (1) uurimused selgitasid, et ka siin on tegemist aminasiini toimega kesknärvisüsteemisse.

Teistest aminasiini omadustest olgu veel märgitud selle oksevastane ja krambivastane toime. See hoiab ära katseloomadel krambid kampri, korasooli, kofeiini ja fenamiini manustamisel, strühniini toimet ta ei mõjusta, pikrotosiini toime aga suureneb.

Adrenolüütilise toime poolest ületab aminasiin kõiki seni tuntud preparaate. Nii näitas I. P. Anohhina (9), et 10—12 mg/kg aminasiini tekitab küülikul, eriti manustamise algul, täieliku sümpaatiliste ganglionide blokaadi, mida saab kõrvaldada adrenaliini manustamisega. Ka näitas ta, et aminasiin ja adrenaliin toimivad vererõhusesse antagonistidena, mispärast aminasiini manustamisel tuleb arvestada võimalikku kiiret vererõhu langust ja ortostaatilist kollapsit. Soole ja põie interoreseptorite ärritamisega tekitatud reflektorne tegevus aminasiini toimed väheneb või kaob. Teiselt poolt suurendab aminasiin uinutite, narkootikumide, analgeetikumide ja krambivastaste ainete mõju.

Võitluses psühhomotoorse rahutusega on aminasiini kasutusele võtmisega, nagu seda rõhutati ka rahvusvahelisel kollokviumil Pariisis 1955. aastal, «toimunud tõeline revolutsioon». Nii on võimalik akuutsetel haigetel 7—10 päevaga kõrvaldada rahutust. Sama esineb ka krooniliselt rahutute, agressiivsete haigete juures, kes aminasiinravi tagajärjel koos rahutuse vähenemisega muutuvad korrektsemaks, nende eest hoolitsemine kergeneb tunduvalt ja toidust keeldunud haiged hakkavad sööma [V. J. Galenko, I. J. Osberg, V. D. Azbukina (10)]. Paljud maniakaal-depressiivse psühhooisiga, preseniilse ning seniilse rahutuse ja kärsitusega jt. haiged tervistusi aminasiinravi tagajärjel täielikult, paljude haigete seisund paranes sel määral, et nad võidi haiglast välja kirjutada.

Instruktsiooni kohaselt kasutatakse aminasiini 2,5-protsendilise lahuse lihastesse süstimiseks või 25 mg dražeedes peroraalselt. Annused on 25—100 mg 2—3 korda päevas. Vajaduse korral võib kasutada ka suuremaid annuseid (400 mg). Kirjandusest nähtub, et välismaal annused sageli ületavad tunduvalt meil kasutatavaid. Nii andis näiteks Rivas päevas 1100 mg aminasiini ja tõstis selle annuse kuni 2950 mg-ni, kasutades selliseid annuseid 1—3 kuud. Seejuures 50 haigest ainult kahel esines tüsistusi [G. K. Tarassov (2)]. Lihastesse süstimisel tekivad süstimiste kohtadel valusad, visalt paranevad infiltraadid, mispärast minnakse üle preparaadi *per os* manustamisele. Ravikuurid kestavad mõnest päevast kahe kuni nelja kuuni ja kauemini. Krooniliste skisofreeniahaigete ravimisel rõhutatakse tihti ravi edukuse tõstmiseks pikkade ravikuuride ja suurte annuste vajadust [G. K. Tarassov (11), S. G. Žislin ja R. G. Golodets (13)].

Siin on aminasiiniga kõige rohkem ravitud kroonilisi, juba pikka aega haiglas viibinud või korduvalt retsidiveerunud skisofreeniahaigeid, kes olid haiged juba üle kolme aasta. Enamasti olid nad juba varem korduvalt saanud insuliin-, elekterkramp-, väävel- või uniravi, kuid see oli jäänud tulemusteta. Vähem on aminasiiniga ravitud akuutseid haigeid. Ka nendel on aminasiinraviga saavutatud häid tagajärgi [M. J. Sereiski, E. S. Tolmaskaja, R. G. Golodets ja N. F. Samter (12)].

Nüüd mõni sõna aminasiinravi tulemustest kroonilistel skisofreeniahaigetel. M. J. Sereiski, E. S. Tolmaskaja, R. G. Golodets ja N. F. Sam-

ter (12) saavutasid 30 kroonilisel skisofreeniahaigel B-remissioone 16 juhul (53,3%), C-remissioone — 4 juhul (13,3%), D-remissioone — 3 juhul (10%), kuid muutusi ei tekkinud 7 haigel (23,3%). E. Karu, H. Kadas-tik, K. Aru, L. Tulmin, P. Tikk, L. Kivivare ja J. Tepp (14) said 48 kroo-nilise skisofreeniahaige ravimisel 12 B-remissiooni (25%) ning 20 C- ja D-remissiooni (42%). Ravi ei andnud tulemusi 16 haigel (33%). M. A. Tšalissoov ja L. F. Polivodova (15) saavutasid 11 kroonilisel skiso-freenikul kahel juhul A-remissiooni ja üheksal paranemise.

Välismaa andmetest krooniliste skisofreeniahaigete aminasiinravi tulemuste kohta võiks märkida A. A. Kurlandi (16) tööd, kes 75 haige ravimisel sai 16% head, 18% mõõdukat ja 41% vähest paranemist, muutuseta jäi 23%, kuna halvenes 2%. Sellele lähedased on Stähelini (tsit. 16) ravitulemused 106 haige juures. Stähelin saavutas 18% head, 40% mõõdukat, 26% vähest paranemist, 16 protsendil haigetest ravi ei andnud tulemusi.

Mõnede autorite andmed näitavad ravitulemusi summaarselt, eris-tamata akuutseid ja kroonilisi juhtumeid. Nii saavutasid V. J. Galenko, I. J. Osberg ja V. D. Azbukina (10) 50 skisofreeniku ravimisel, kelledest 30 oli ägedalt haigestunud ja 20 kroonilist haiget, 13 A-remissiooni — (26%), 15 B-remissiooni (30%) ja 16 C- ning D-remissiooni (32%), kuna 6 haige seisund ei muutunud (12%). Kokkuvõttena on välismaa mater-jalid akuutsete ja krooniliste skisofreeniahaigete ravitulemuste kohta esitatud D. Goldmann'il (tsit. 16), kes 317 haige kohta sai head parane-mist 12%, mõõdukat — 10%, vähest paranemist — 45%, kuna muutu-seta jäi 33%. B. Pollack (tsit. 16) märgib 500 samasugusel haigel 22% head, 21% mõõdukat ja 17% vähest paranemist, kuna 39 protsendil hai-getest ravi osutus tagajärjetuks. Siit nähtub, et aminasiinravi selles rühmas ei anna paremaid tagajärgi kui kroonilistel haigetel, välja arva-tud V. J. Galenko ja kaastöölise ravitulemused, kus muutuseta jäi kõi-gest 12% haigetest. Nähtavasti on ka toodud kokkuvõtetes tunduvas üle-kaalus kroonilised haiged, mistõttu ravitulemused ei ole paremad kui krooniliste haigete rühmas.

Ägedalt haigestunud skisofreeniahaigeist teostasime aminasiinravi seitsmel isikul, kellele somaatiliste vastunäidustuste tõttu teiste ravi-meetodite rakendamine oli võimatu (kopsutuberkuloos, äge reumokar-diit). Neist andsid B-remissiooni 4 haiget, kuna kolmel haigel ravi osu-tus tagajärjetuks. Nagu näitasid A. P. Ješmetjeva (17) kogemused 60 tuberkuloosi põdeva skisofreeniahaige ravimisel, annab aminasiin koos PAS ja teiste tuberkuloosivastaste preparaatidega häid tulemusi. Eriti hästi reageerisid sellisele ravile paranoilise hallutsinatsioonisündroo-miga haiged. Katatoonse stuuporiga haiged ei paranenud.

Siit nähtub, et kroonilise skisofreenia puhul, millal teised ravimee-todid enam ei ole suutelised haige seisundit muutma, saavutatakse ami-nasiinraviga veel 2/3 kuni 3/4 haigete paranemine. Eriti häid tagajärgi saavutas Schneider, kes 6 kuust kuni 2 aastani kestnud raviga saavutas tunduvat paranemist 41 protsendil ja vähest paranemist 45,9 protsendil juhtudest [tsit. G. K. Tarassov (2)]. Suur osa neist kirjutati haiglast välja. Olulist tähtsust omab aminasiinravi tuberkuloosi põdevate haigete juures, sest neil on nüüd võimalik rööbiti tuberkuloosiga ravida ka psüühilist haigust, mis seniste ravimeetodite abil oli täiesti võimatu.

Juba varsti peale fenotiasiinpreparaatide kasutuselevõtmist leidub kirjanduses andmeid nende efektiivsusest agiteeritud preseniilsete psüh-hooside ravimisel [J. Elkes, tsit. G. K. Tarassov (18)]. Seda kinnitavad ka hilisemad tööd [L. P. Demidova ja G. K. Tarassov (19)]. Haiged, kes ei reageerinud nimetamisväärselt tavalisele ravile, olid pidevalt kärsi-tud, rahutud, magasid vähe, neil esinesid hallutsinatsioonid, enesesüü-distuse, suhtumise jt. luulud. Haiged keeldusid tihti toidust ja kaldusid

enesetapmisele, kuid hakkasid aminosüinraviga paranema. Peatselt möödus psühhomotoorne rahutus, paranes uni, tõusis isu, kadus emotsionaalne pinge ja hirm, vaibusid hallutsinatsioonid, tekkis huvi tegevuse ja töö vastu. Aeglaselt kadus depressiivne põhimeeleolu. Paljud haiged tervenesid, neil kujunes haigusoime, osa aga paranes tunduvalt ja neid võidi haiglast välja kirjutada. Ravil viibimise aeg lühenes tunduvalt. Enamasti olid aminosüiniannused vähemad kui skisofreeniahaigete ravimisel ja ravi kestis 5 kuni 8 nädalat. Selle rühma haigete ravitulemuste kohta võiks tuua järgmisi võrdlevaid andmeid. V. J. Galenko, I. J. Osberg ja V. D. Azbukina (10) saavutasid 22 haigel praktilist tervenemist kaheksal, tunduvat paranemist seitsmel ja vähest paranemist viiel juhul, ravi jäi tagajärjeta kahel haigel. G. K. Tarassov (11) sai 12 haige ravimisel tervenemise viiel, tunduva paranemise ühel ja haiglasisesel paranemise neljal juhul, muutuseta jäi 2 haiget. E. Karu, H. Kadastik, K. Aru, L. Tulmin, P. Tikk, L. Kivivare ja J. Tepp (14) saavutasid 18 haigel tervenemise kolmel, hea paranemise kuuel, vähesel paranemise seitsmel juhul, kuna muutuseta jäi kaks haiget. Need andmed näitavad veenvalt, et preseniilsete agiteeritud psühhootiliste puhul aminosüinravi vähemalt pooltel haigetel annab häid remissioone. Ravile ei reageeri ainult üksikud haiged.

Seniilseid psühhootilise ravis E. Ugelstad (20) kloorpromasiiniga 15 juhul, haigete keskmine vanus oli 76 aastat. Annustega 75—225 mg päevas ta saavutas neljal haigel tunduva ja üheksal haigel vähesel paranemise. Neist kaheksa haiget saadeti koju. Samasuures kontrollgrupis, kus ravimisel kasutati teisi meetodeid, oli paranemisi vähem ja koju võidi saata ainult 3 haiget.

Nagu näitavad kirjanduse andmed, aitab aminosüin leevendada narkomaaniate ravimisel tekkivaid keeldumishähte [G. K. Tarassov (2)] ja on väga tõhus ägedate alkohoolsete psühhootiliste ravimisel. Juba varsti pärast aminosüini manustamist haige rahuneb ja uinub, tema kehatemperatuur langeb normini ja mõne tunniga õnnestub likvideerida joomahullus [J. Delay, P. Deniker ja I. Tardieu, tsit. 18)]. Mõnikord lõppes joomahullus isegi pärast ühtainsat aminosüiniannust. [H. Scheller tsit. 18]. Viimasel ajal on alkohoolsete psühhootiliste ravimisel ainuüksi aminosüini kasutamine asendatud mitmete fenotiasinipreparaatide, PP-, B₁-, B₆-, B₁₂-vitamiinide, väävelhapumagneesiumi, novokaiini, glükoosi ja suurel hulgal füsioloogilise keedusoola lahuse kombineeritud manustamisega [N. G. Romanova (21)].

Kiireid tulemusi alkohoolsete psühhootiliste ravimisel aminosüiniga näitavad ka meie kogemused (14), kus näiteks kaks joomahullusega haiget tervistus juba esimesel ravipäeval pärast 2×25 mg aminosüini süstimist, ühel aga kulus selleks 2 päeva. Üldse oleme ravinud üheksat alkohoolsete psühhootilistega haiget. Neist kolme joomahullusega, nelja akuutse ja kahte kroonilise alkohoolse hallutsinatsiooniga. Akuutse alkohoolse hallutsinatsiooniga haigetel tervenes kaks 6—7 päevaga, ühel kulus selleks 17 ja teisel 30 päeva (annus 150 mg päevas), kuna kahel kroonilise hallutsinatsiooniga haigel ravi jäi tulemuseta. Kodumaises kirjanduses leidub andmeid mõnede kroonilise alkohoolse hallutsinatsiooniga haigete ravimise kohta [G. K. Tarassov (11), L. P. Demidova (22)]. Need haiged paranesid, kuid mõnel tekkis peagi retsidiiv.

Arvesse võttes, et aminosüini manustamine on näidustatud psühhomotoorse rahutuse puhul, võeti see vahend kasutamisele ka maniakaal-depressiivse psühhootilise maniakaalse faasiga haigete juures, kus ta osutus tunduvalt efektiivsemaks teistest senikasutatud ravimeist. Kuigi esitatud kokkuvõtted hõlmavad tunduvalt vähemat arvu haigeid kui neid on esitatud skisofreenia kohta, siis on see seletatav maniakaal-depressiivse psühhootilise harvema esinemisega, kuid ravitulemused näitavad ühesuu-

nalisi resultaate. Nii saavutas G. K. Tarassov (11) neljal tema poolt ravitud haigel tervenemise. V. J. Galenko, I. J. Osberg ja V. D. Azbukina (10) saavutasid häid tulemusi nii haiguse maniakaalses kui ka depressiivses faasis. E. Karu jt. (14) ravisid seitset maniakaalset haiget, kelledest tervistus paari nädalaga kaks ja kolmel kulus selleks vähe enam aega, kahel haigel tuli ravi katkestada tekkinud komplikatsioonide tõttu.

Muudest psüühilistest haigustest raviti aminosasiiniga edukalt neuroose, reaktiivseid psühhoose ja mõnd närvisüsteemi orgaanilist haigust. Ka üksikud gripijärgsed ja teised infektsioonipsühhoosid ning sünnitusjärgse amentsia juhud, kus haigeid raviti aminosasiini keskmiste annustega, andsid üllatavalt häid tulemusi ja haiged võidi tervistunudult haiglast välja kirjutada [E. Karu jt. (14)].

On rida andmeid aminosasiini kasutamisest epilepsia mitmesuguste vormide ravimisel. Selgus, et *petit mal* hoogude puhul aminosasiin ei olnud tõhus [E. Karu jt. (14)], või on siin mõnede autorite poolt isegi vastunäidustatud [G. K. Tarassov (2)]. Seevastu aitas aminosasiin epileptilise seisundi või väga sagedaste krampide puhul kombinatsioonis barbituraatidega vähendada krampide sagedust [G. K. Tarassov (2)] või võimaldas haigeid sellest raskest seisundist kiiresti välja tuua ja üle minna tavali sele epilepsiaavastasele ravile [M. David, P. Benda ja F. Klein (tsit. G. K. Tarassov (18), E. Karu jt. (14))].

Käesolev ülevaade näitab aminosasiinravi suurt tõhusust psühhiaatriakliinikus. Aminosasiinraviga on võimalik vähendada psühhiaatriliste raviasutuste koormust ja selle raviviisi rakendamine kiirendab haigete paranemist ning nende tööle lubamist.

Kirjandus

1. Машковский М. Д. — Фармакологические свойства аминазина и других препаратов фенотиазинового ряда. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 81—93, 1956.
2. Тарасов Г. К. — Международный коллоквиум о хлорпромазине и «нейролептических» медикаментах в терапии психозов. Париж, 20—22 октября 1955 г. Журн. невроп. и психиатр. LVII, 12, 1529—1537, 1957.
3. Тарасов Г. К. — Аминазин. Большая медицинская энциклопедия. Медгиз. 1. 951—958, 1956.
4. Анохин П. К. — О роли ретикулярной формации ствола мозга в проведении безусловных возбуждений к коре головного мозга. Доклады на XX Международном конгрессе физиологов в Брюсселе. Изд. АН СССР, Москва. 151, 1956.
5. Агафонов В. Г. — Тормозящее влияние аминазина на центральный эффект болевого раздражения. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 94—103, 1956.
6. Федоров Н. А. и Шноль С. Э. — Изучение методом меченых атомов распределения аминазина в организме и путей его выведения. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 139—145, 1956.
7. Федоров Н. А. — Журн. невроп. и психиатр. LVIII, 2, 133—149, 1958.
8. Wase, A. W., Christensen, J. and Polley, E. — The Accumulation of S^{35} — Chlorpromazine in Brain. Arch. Neurol. and Psychiatry 75, 1, 54—56, 1956.
9. Анохина И. П. — Физиологическая и морфологическая характеристика блокирующего действия аминазина на симпатический ганглий. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 6, 478—488, 1956.
10. Галенко В. Е., Осберг И. Ю. и Азбукина В. Д. — Аминазин в психиатрической клинике. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 162—165, 1956.
11. Тарасов Г. К. — Результаты клинического исследования действия аминазина при лечении психических больных. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 146—153, 1956.
12. Серейский М. Я., Толмасская Э. С., Голодец Р. Г. и Самтер Н. Ф. — Лечение больных шизофренией аминазином. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 155—161, 1956.
13. Жислин С. Г. и Голодец Р. Г. — К вопросу о лечении шизофрении аминазином и серпазилом. Тезисы докладов конф. «Организация психоневр. помощи и лечение больных с нервно-псих. заболеваниями». Тамбов, 28. 1957.
14. Karu E., Kadastik, H., Aru, K., Tulmin, L., Tikk, P., Kivivare, L. ja Tepp, J. — Aminosasiinravist. VII Vabariiklik neuroloogide ja psühhiaatrite konverents. Teesid, 6—8, 1957.

15. Чалисов М. А. и Поливодова Л. Ф. — Предварительные данные о применении аминазина и серпазила в психиатрической клинике. Научная сессия, посв. 35-летию Минского гос. мед. института. Тезисы. 305, 1956.
16. Kurland, A. A. — Comparison of Chlorpromazine and Reserpine in Treatment of Schizophrenia. Arch. Neurol. and Psychiatry 75, 5, 510—513, 1956.
17. Ешметьева А. П. — Особенности клинической картины и лечение шизофрении, осложненной легочным туберкулезом. Тезисы докл. конф. «Организация психоневр. помощи и лечение больных с нервно-псих. заболеваниями». Тамбов, 41, 1957.
18. Тарасов Г. К. — Аминазин. Журн. невроп. и психиатр. LV, 4, 296—310, 1955.
19. Демидова Л. П. и Тарасов Г. К. — Аминазин. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 192—199, 1956.
20. Ugelstad, E. — Лечение хлорпромазином старческих психозов. Экспресс-информация. Здравоохранение и медиц. 12, 45—48, 1957.
21. Романова Н. Г. — Вопросы алкоголизма в современной французской психиатрии. Журн. невроп. и психиатр. LVII, 10, 1302, 1957.
22. Демидова Л. П. — Соматические изменения у психически больных при лечении аминазином. Журн. невроп. и психиатр. LVI, 2, 172—179, 1956.

О применении аминазина в психиатрии

Э. Кару

Резюме

В отечественной и зарубежной литературе придается большое значение методу лечения аминазином психических заболеваний. Имеющиеся в нашем распоряжении материалы также говорят в пользу этого метода.

Прежде всего аминазин дает хорошие результаты в случаях психомоторных возбуждений. В то время, когда иные методы лечения хронической шизофрении не оказывали положительного влияния на больных, применение аминазина в значительной степени способствовало выздоровлению большинства больных.

Аминазин эффективен и при лечении презентильных и сенильных психозов.

Положительные результаты отмечались также при лечении аминазином психозов, наблюдающихся у алкоголиков.

Применение в медицинской практике метода лечения аминазином ускоряет процесс выздоровления больных, восстановления их трудоспособности.

BAKTERIAALSE DÜSENTEERIA ISEÄRASUSTEST ja vältimise abinõudest tänapäeval

F. Lepp

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist, juhataja Eesti NSV teeneline teadlane, meditsiiniteaduste doktor
professor F. Lepp)

Aruanded nakkushaiguste esinemise ja liikumise kohta Eesti NSV-s näitavad, et võitlus nendega on eriti viimastel aastatel olnud üldiselt tulemusrikas. Näiteks 1957. a. langes suremus Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 0,8 % -le.

Võitluses bakteriaalse düsenteeria vastu aga ei rahulda vabariigi andmed meie nõudmisi. Võitlus düsenteeriaga ei olnud 1956. ja 1957. aasta andmeil vajalikul määral edukas. Küsimus püsib meil veel küllalt aktuaalsena, nõudes arstidelt tõsist tähelepanu.

Kuigi meie käsutuses on rikkalik teaduslik uurimismaterjal düsenteeria probleemi kohta nii teiste liiduvabariikide kui ka Eesti NSV teadlastelt, ei ole meil siiski veel piisavalt teadmisi düsenteeria likvideerimiseks.

Tervishoiuorganitel, teadusliku uurimise asutuste töötajail ja arstidel lasub tähtis ülesanne — leida kindlamad abinõud düsenteeria levimise piiramiseks ning selle tõve lõplikuks likvideerimiseks.

Käesoleva artikli ülesandeks on selgitada mõnda küsimust bakteriaalse düsenteeria etioloogia, patogeneesi, diagnostika ja profülaktika alal, juhtides ühtlasi tähelepanu sotsiaal-hügieenilistele tingimustele ning premorbiidsele seisundile.

Düsenteeria puhul tuleb pöörata erilist tähelepanu üldiste ja individuaalsete hügieeninõuete täitmisele. Elanikkonna vajaliku elamispinga varustamine, omaette köögiga korterite tagamine jne. ei oma düsenteeriavastases võitluses sugugi mitte vähemat tähtsust kui teised abinõud.

Enam kui 30 aastat tagasi esines düsenteeriataude, mille tekitajaks oli Grigorjev-Shiga bakter. Haiguspildis ja taudi kulus kajastus düsenteeria omapära ühes kliiniliste tunnustega.

Käesoleval ajal on bakteriaalne düsenteeria kaotanud kindla sõltuvuse sellele iseloomulikust Grigorjev-Shiga bakterist. Seda kinnitavad ka Nõukogude Liidu bakterioloogid. Düsenteeria kliinilises pildis on haiguse juhtivad tunnused enam-vähem säilitanud oma koha. Imikutel esineb veel küllaltki raskeid haigusvorme, mis kulgevad šokinähtudega.

Shiga bakterid on düsenteeria tekitajatena tahaplaanile nihkunud, nende asemel domineerivad Flexneri, Sonne, Newcastle'i ja Boyd-Novgorodskaja rühma bakterid oma mitmesuguste seroloogiliste variantidega.

Düsenteeriatekitajate pesad võivad dissotsieeruda S- ja R-variantideks, mis oleneb O-antigeeni struktuuri muutlikkusest. Esineb atüüpilisi juhtumeid, kus näiteks Flexneri seroloogilised variandid on kaotanud oma biokeemilised omadused. Selliseid atüüpilisi baktereid tavaliselt laboratooriumides ei uurita ning need jäävad diagnoosimata. Diagnostika täiustamiseks tuleb tähelepanu pöörata ka sellistele kohalikele düsenteeriabakterite variantidele.

E. Tallmeister eraldas kliiniliselt düsenteeriahaigete rooja külvide abil üle 60 seroloogilise atüüpilise variandi. Nende reversioon toimus 5—10 ümberkylviga lihapeptoon-agarile või kuueprotsendilisele sapi-puljongile. Veelgi kiiremaid tulemusi andis nimetatud bakterite passaaž läbi valge hiire.

Millest oleneb selline düsenteeriaekitajate muutus, sellele kirjanduses lahendust ei leidu. Arvatakse, et selle põhjuseks võiks olla düsenteeriaekitajate füsioloogiliste ja biokeemiliste omaduste muutus või käesoleva aja efektiivsete ravimite toime (sulfaniilamiidid, antibiootikumid) või on mõju avaldanud organismi laialdane aktiivne immuniseerimine. Tõenäoliselt võib arvata, et ühtede düsenteeriaekitajate asendumine teiste liikidega ja väga mitmesuguste seroloogiliste variantide ilmnemine võiks oleneda teatud bioloogilisest seaduspärasusest nii makro- kui mikroorganismi evolutsioonis.

Viimastel aastatel on omistatud erilist tähelepanu düsenteeria etioloogia diferentsiaal-diagnostikale. Uurimistel avastati kliiniliselt düsenteeriana kulgevatel juhtudel *Salmonella* perekonda kuuluvaid baktereid. Kauffmanni andmeil omavad tähtsust 12 tüve, mis on levinumad esindajad (kuni 90%). Nende hulka kuuluvad: *Salmonella typhi murium* (Breslau), *Salmonella enteritidis* (Gärtner), *Salmonella london*, *Salmonella suipestifer* jt. Uuringutest selgub, et nimetatud tekitajad ei põhjusta mitte ainult loomadel soolekatarri ja inimestel toidutoksikoinfektsioone, vaid ka kliiniliselt düsenteeriale sarnanevat haiguspilti: enterokoliiti või koliiti. Düsenteeriakahtlaste haigete rooja uurimisel tuleb tähelepanu pöörata ka *Genus Salmonella* bakteritele.

Kliinilised tähelepanekud ühes bakterioloogiliste uurimistega kinnitavad, et *Escherichia coli* bakterite seroloogilised tüved O26:B6, O111:B4, O55:B5 jt. on patogeensed ning põhjustavad eriti vastsündinuil, imikutel ja ka väikelastel diarröad, mille kulg võib sarnaneda düsenteeria kuluga. Mõnedel nendest tüvedest on hemolüütiline võime ja need tekitavad katseloomale nahasisese süstimisel nekroosi. Lastel põhjustavad need raskest toksilist haigestumist ühes kõhulahtisusega.

E. Tallmeister eraldas patogeenseid *Escherichia coli* tüvesid düsenteerianähtudega haigete imikute ja väikelaste roojast enam kui 75-l juhul. Need uurimised toimuvad tänapäeval laiemas ulatuses.

Nicolle avastas coli-düspepsiat põhjustavate bakterite (*Escherichia coli*) tüvedel bakteriofaagide abil mitu alajaotust. Autor eraldas O26:B6 seroloogilises variandis kuus lüsotüüpi, seroloogilises O55:B5 variandis 8 fagotüüpi ja O111:B4 grupis 10 fagotüüpi. Epidemioloogilise seose selgitamiseks tuleb nendele tüüpidele omistada suurt tähtsust. Seni aga on neid seroloogilisi variante ja lüsotüüpe meil veel vähe uuritud.

Genus Proteus'e hulka kuuluvatele bakteritele tuleb samuti omistada senisest enam tähelepanu, sest need põhjustavad mitte ainult toidutoksikoinfektsioone, vaid imikuil ja väikelastel ka kõhulahtisust, mis oma iseloomult ja kliiniliselt kulult sarnaneb düsenteeriale. Nende bakterite isoleerimiseks haigete roojast külvide abil töötas S. Laanes välja vastava meetodi, mis neid baktereid võimaldab eraldada düsenteeria-bakteritest.

Kõik eespoolnimetatud bakterid on gramnegatiivsed ja produtseerivad endotoksiini, s. o. glütsiid-lipoidpolüpeptiidi. Kas selline kompleksne ühend või üksikud komponendid toimivad organismisse, ei ole veel teada. Võrdse kehakaaluga katseloomad ei reageeri erinevalt nende bakterite endotoksiinile ühe ja sama annuse puhul, olgu siis tegemist kas *Genus Salmonella*, *Genus Shigella*, *Genus Escherichia coli* või mõne teise gramnegatiivse bakteriliigi endotoksiiniga (A. Delaunay, J. Lebrun ja H. Cotereau).

Endotoksiini subletaalsete annuste puhul täheldatakse katseloomadel südamevereringe häireid, kapillaaride permeaabelsuse suurenemist, leuko-

tsüütide diapedeesi pärssimust. Veres leitakse Hb-protsendi ja erütrotsüütide arvu tõus, mis pannakse vereplasma eksudatsiooni arvele kudedesse. Algul esineb hüperglükeemia, siis hüperlaktatsideemia karbohüdraatide lõhbumise rikke tõttu. Neile nähtudele lisanduvad teised patofüsioloogilised sümptoomid, nagu ödeem, liigveresus, hemorraagiad, tromboosid, nekroos kudedes jt.

Endotoksiinide väikeste annuste korduv süstimine päästab küll nende katseloomade elu, kuid kutsub neil esile tugeva kõhnumise, s. o. düstroofia (Lisbonne).

Eespoolnimetatud autorid samastavad oma katsete põhjal gramnegatiivsete bakterite endotoksiini toimel tekkinud intoksikatsiooninähte traumaatilise šoki seisundiga. Samuti selgub nende autorite katsetest, et endotoksiini toime ei olene otsesest toksilisest toimest organismi kudedesse, vaid endotoksiin on šokki vallandav faktor. Šokiseisundi raskus oleneb organismi reaktsiooni ägedusest, esinedes kergemal või raskemal kujul.

Nagu eespoolöeldust nähtub, on mitmesuguste gramnegatiivsete bakterite endotoksiini toimemehhanismi sarnasus üks põhjusi, mis raskendab bakteriaalse düsenteeria diferentsiaalset diagnoosimist.

Düsenteeria bakterioloogiline diagnoos on tänapäeval muutunud väga keerukaks, sest düsenteeriatekitajate hulgas esineb palju gramnegatiivseid bakteriliike, nende seroloogilisi variante ja mitte vähe ka nende fagotüpe.

Vaatamata polüetioloogiale, sarnaneb düsenteeria kliiniline haiguspilt tänapäeval düsenteeria klassikalisele pildile. Haiguse kulus esineb kindel seaduspärasus. Patofüsioloogilised muutused organismis manifesteeruvad ühtedel juhtudel täielikumalt, teistel juhtudel need ei ilmne.

Kliinilised tähelepanekud näitavad, et organismi premorbiidne seisund võib soodustada düsenteeria arengut. Seda selgitavad sooletrakti füsioloogilised näitajad. Peensool on peamiseks toiduainete seedimis- ja resorptsiooniorganiks. Siin valmistatakse toiteaineid keemiliselt ette vere- ja lümfisoonte kaudu organismi imendumiseks.

Jämesooles resorpeerub vesi ja kujuneb roe. Sinna eritub organismist ülearune kaltsiumfosfaat, raud, magneesium, bakterite mürgised ained jm. Jämesool produtseerib rikkalikult lima, mis aitab peristaltiliste lainetega libistada rooja rektumisse, soodustades defekatsiooni.

Füsioloogilised sümbiondid, nagu *Escherichia coli* jt., elutsevad jämesooles. Siia sattunud võorastesse mikroorganismidesse toimivad need antagonistidena. Peale selle produtseerib *Escherichia coli* organismile vajalikke K- ja B-vitamiine (foolhapet, aneuriini, riboflaviini, biotiini). Endogeensed ja eksogeensed faktorid (sulfaniilamiidid, antibiootikumid) võivad põhjustada normaalse soolemikrofloora düsbakterioosi, mis omakorda kutsub esile organismis mitmesuguseid häireid.

Imikute ja väikelaste toitmisrežiimi rikkumisel (toites neid 6—7 ja enam korda ööpäevas) võib ühel osal lastest tekkida soolesekretsiooni rike, mis põhjustab defekte seedimisel. Sel juhul põletikunähte soolelimanahas ei täheldata. Peensoole ülemises osas jäävad süsivesikud diastaasivaeguse tõttu lõhnumata ja nihkuvad allapoole, kus bakterite osavõtul tekib nende käärimine. Sel puhul vabanevad võihape, äädikhape, alkohol ja süsihappegaas. Nimetatud ained toimivad soolelimanahasse ärritavalt. Peristaltika elavneb, vee resorptsioon jämesooles väheneb, roe läbib jämesoole ja eritub vedela pudruna, on hapu-lõhnaline, vahutav, kollase värvusega. Säärase ägeda haigusvormina tunneme diarröad, mis esineb suvel eriti väikelastel. Haigus võib muutuda krooniliseks ja organismis võib areneda glükoosivaegus.

Selline premorbiidne seisund võib soodustada haigestumist düsenteeriasse, kui organismi satuvad düsenteeriatekitajad.

Toitumisrežiimi häirete puhul võib imikutel ja väikelastel esineda trüpsiini- või pepsiinivaegus. Sel juhul jäävad valgud peensooles seedimata ja satuvad elavnenud peristaltika tõttu jämesoolde. Jämesooles valgud lõhmuvad roisubakterite toimetel ning vabanevad valgu mürgised sooli ärritavad laguproduktid. Kiirenenud peristaltika puhul eritub vedel, pudrutaoline halvasti lõhnav heleda värvusega roiskuv roe. Sama nähtuse võib põhjustada valgurikka soolemahla eritumine mõne nakkusliku sooleseina-põletiku puhul. Nii võib organismis areneda valguvaegus, mille tõttu lapsed kõhnuvad ja tekib düsenteeria premorbiidne seisund.

Düsepsia juurde kuulub ka steatorröa, mille juhtivaks tunnuseks on enteraalne rasva- ja rasvas lahustuvate vitamiinide vaegus. Areneb avitaminoos ühes järelnähtudega. A-vitamiinivaeguse puhul tekib kanapimedus. B₁₂-vitamiini resorptsiooni tõttu areneb hüperkroomne aneemia. B-vitamiini kompleksi ja K-vitamiini vähesus tekitab vereplasmas hüpoproteineemia.

Rasv lõhmub soolefermentide toimetel rasvhapeteks, mis aga düspepsia puhul ei resorbeeru, sest sooleseina rakkude fosforüleerimisvõime on langenud. Rasvhapped ühinevad kaltsiumiga ja erituvad kiirenenud peristaltika tõttu roojaga. Selle tagajärjel tekib organismis kaltsiumivaegus, mis soodustab tetaania arenemist. Eritub rasvarikas voluminoosne hall vahune ja salvitaoline roe.

Selline düsenteeria premorbiidne seisund nõrgestab eriti imikute ja väikelaste füsioloogilist kaitset ja nad muutuvad haigustele vastuvõtlikeks.

Düsenteeriatekitajate lokalisatsioonivõime on suur. Kui neid süstida näiteks katselooma veeni, erituvad nad jämesoole limanahasse, kus asustuvad ja tekitavad põletiku (F. Hörung). Tekitajad levivad kohapeal edasi *per continuitatem*. Põletikukoldest imenduvad toksiinid ja teised mürgised ained, põhjustades üldnähte, mis väljenduvad elundite talitluse häiretena.

Düsenteeria löimetustaste ei ole normeeritud, nagu seda täheldatakse primaarse tsükliga nakkushaiguste puhul. See sõltub bakterite hulgast ja nende paljunemise kiirusest algkoldes. Patoloogilise lävise saavutamisel areneb jämesoole alumise osa põletik ja kliinilised haigusnähud manifesteeruvad.

Düsenteeria puhul on juhtivateks sümptoomideks üldnähud ja kõhulahtisus ühes valuliku peristaltikalainega ja valulikkude tenesmidega, mis võivad sageli korduda, olenedes organismi reaktiivsusest. Roe on vedel, limane, verine ja võib sisaldada mada.

Üldnähud ei ole stabiilsed, nagu teiste lokaliseeritud nakkuste puhul. Palavikukõver ei ole konstantne. Põrna suurenemine ja mõõdukas leukotsütoos verepildis ühes nihkega vasakule võib esineda või isegi puududa. Võib esineda ka monotsütoos. Uriini leid (valk, diazoreaktsioon) on vahelduv. Düsenteeia esineb tüüpiliste, atüüpiliste ja protraheerunud vormidena. Kõigi nende vormide puhul esinevad haiguse ägenemised ja tüsistused (pneumoonia, otiit). Vastsündinuil, imikuil ja väikelastel tekib tihti šokk, mille puhul kaasunud tüsistused halvendavad prognoosi.

Diarröa ja vee aurumine naha ning hingamiseldundite kaudu põhjustab organismi veevaeguse. Veres täheldatakse ka keedusoola vähenemist. Ravimisel tuleb mainitud nähtudele pöörata tähelepanu.

Düsenteeria jätab lühiajalise tüübispetiifilise immuunsuse.

Düsenteeria diagnoos põhineb peamiselt anamnestilistel andmetel ja kliinilistel nähtudel. Bakterioloogiline diagnoos roojakülvide näol kõigub isegi kindlatel düsenteeriahaigetel keskmiselt 33—35% piires.

Atüüpilistel juhtudel, kui puuduvad düsenteeariat iseloomustavad tunnused ja bakterioloogiline leid osutub negatiivseks, esineb diagnoosimisel suuri raskusi. Diagnoosimisel võivad kaasa aidata fagotsütaarse indeksi määramine ja 9.—14. haiguspäevast alates aglutinatsioonireakt-

sioon haige seerumi ning mitme tekitaja liigiga. Vahel võib imikutel ja väikelastel täheldada peristaltilist valuhoogu või roojapakitsust.

Tüüpilistel haigusjuhtudel ei ole diagnoosimine raske, sest haiguspildis esinevad iseloomulikud nähud. Materjali võtmine bakterioloogiliseks uurimiseks steriilse klaastoruga otse pärasoolest võimalikult kohe pärast roojamist ja enne ravi annab kõige paremaid tagajärgi. Sealjuures külvatakse kohe rooja broomtümool-laktoosagarile ja Ploskirjovi söötmele (baktο-agar Ž-le). Diagnoosimine oleks veelgi lihtsam, kui laboratooriumides oleks kasutada peale vastavate bakterite tüüpseerumite ka tüüpfaagid. Igal juhul on soovitatav külvata rooja korruga vähemalt kolmele söötmele ning vajaduse puhul korduvalt. Rooja uurimisel on soovitatav pöörata tähelepanu kõigile bakteriliikidele ja nende seroloogilistele variantidele.

Düsenteeria hilisemas astmes (alates 9.—14. haigusepäevast) ilmnevad veres spetsiifilised aglutiniinid, sageli küll madala tiitriga: Shiga bakteritele tiitriga 1 : 50, Flexner'i bakteritele 1 : 100 kuni 1 : 300, Sonne bakteritele 1 : 100.

Agglutinatsioonireaktsiooni positiivseid andmeid võib diagnostikas kasutada koos teiste kliiniliste näitajatega, eriti atüüpilistel ja protraheeruvail juhtudel.

Rektoromanoskoopia omab nii atüüpilistel, tüüpilistel kui ka protraheeruvail düsenteeriajuhtudel diagnostilist ning prognostilist väärtust. Soolepõletiku hindamisel on olulise tähtsusega haige protseduurile ettevalmistamine ja arsti-rektoromanoskopisti vilumus ning kogemused.

Düsenteeria diagnoosimiseks võib eduga kasutada fagotsütoosi indeksi määramist, rakendades esinevaid bakteriliike. Tartu Kliinilises Nakkushaiglas (peaarst K. Juhansoo andmeil) kasutatakse fagotsütoosireaktsiooni. Sel on abivahendina diagnostiline tähtsus.

Düsenteeria diagnoosi ja prognoosi aitab kinnitada haigusprotsessi kulu tähelepanelik vaatlemine ja uurimine. Düsentēeria kliinilises kulus esineb teatud seaduspärasusi, mis on seoses dekaadide ja dekaadivahe-
liste päevadega. Kogemused ja uurimised näitavad, et haiguse teatud päevadel ilmneb kas paranemine, haigusprotsessi ägenemine või tüsistuste tekkimine (K. Juhansoo). Sealjuures võivad nende sündmuste näitajaks olla temperatuurikõveras tekkivad teravikud või hüpped, Weltmann'i koagulatsioonilindi nihked (E. Kuus) ning teised vaatlemisel ja uurimisel täheldatud näitajad.

Epideemiliste puhangute puhul tuleb sagedamini tähelepanu pöörata *Genus Shigella*, perekonda kuuluvatele tekitajatele ja sporaadilistel juhtudel etioloogias käsitletud teistele bakteriliikidele.

Diagnoosimise otstarbel on arstide kohuseks tähelepanelikumalt uurida kõiki kõhulahtisusega haigeid, neid ajutiselt eraldades ja uurides kuni diagnoosi selgumiseni.

Diferentsiaaldiagnostikas omab erilist tähtsust düspeptiliste juhtude väljalülitamine. Diferentseerimist vajab ka teistel põhjustel esinev gastroenteriit või enteriit.

Düsenteeria ravi kohta on meil palju määrusi ja ettekirjutusi, mida siiski tuleks kohaldada üksikujuhtudele. Mõned meie arstid pööravad tähelepanu ainult düsenteeria etioloogilisele ravile, kuid hoopis vähem organismi üldravile, samuti düsenteeriapisikute poolt tekitatud jämesoole põletikule ning teistele patofüsioloogilistele nähtudele. Ka on meil unarusse jäänud tanniin, tanniini- ja vismuti-preparaadid ning teised põletikuvastased ravimid. Fagoteraapiat ei ole arendatud. Takistuseks sellele on olnud düsenteeria polüetioloogia ja bakteriofaagide tüübi spetsiifilisus.

Düsenteeriaavastaseks aktiivseks immuniseerimiseks otsitakse parema antigeense toimega vaktsiini. Formooltoksoidi adsorbeeritakse $\text{Al}(\text{OH})_3$ -le, et organismi viia suuremat hulka antigeeni. Loomade juures on tehtud

katseid ja uurimisi ka elusate düsenteeriabakteritega. Küülikute juures andis see võrdlemisi häid tulemusi (B. N. Kozmin-Sokolov).

Tähelepanekud näitavad, et elutingimuste paranemise ning elanikkonna kultuuri tõusuga väheneb ka haigestumus düsenteeriasse. Elanikkonna puhta joogiveega varustamine, reovete desinfitseerimine, plaanipärane jäätmete kogumine ja kahjutuks tegemine vähendavad düsenteeriaohtu.

Peale üldiste ja individuaalsete abinõude tuleks võitluse teravik suunata nakkusallikatele, nakkuse ülekandemehhanismile ja kollektiivide nakkusvastuvõtlikkuse vähendamisele.

Ühtlasi on soovitav düsenteeriavastase võitluse tõhustamise otstarbel perioodiliselt kokku kutsuda vastavaid nõupidamisi.

Об особенностях бактериальной дизентерии и о мерах ее предупреждения

Ф. Лепп

Резюме

Отчеты о наличии и течении инфекционных болезней в Эстонской ССР показывают, что борьба с ними, в особенности за последние годы, велась вполне успешно. Например, смертность в Тартуской клинической инфекционной больнице в 1957 году снизилась до 0,8%.

Однако борьба с бактериальной дизентерией не дала удовлетворительных результатов и до сих пор остается еще актуальным вопросом, требующим разрешения.

Анализ некоторых вопросов этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и профилактики бактериальной дизентерии позволяет сделать следующее заключение:

Профилактика диспепсии у детей способствует предохранению их от заболевания дизентерией;

При бактериологической диагностике дизентерии, кроме бактерий дизентерийной группы, необходимо исследовать и другие бактерии, находящиеся в кале больных — салмонеллы, патогенные типы кишечной палочки и протеи;

Обеспечение бактериологических лабораторий, кроме дизентерийных типоспецифических сывороток, также и типоспецифическими фагами может еще более улучшить диагностику дизентерии;

Больных с явлениями поноса необходимо исследовать относительно дизентерии по возможности в стационарных условиях;

Наряду с этиологической терапией дизентерии следует проводить как общее, так и лечение воспалительного процесса слизистой оболочки кишечника.

Sanitaaralastest ülesannetest

I. Masik,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi riiklik peasanitaarinspektor

NSV Liidus langeb kõikidest nakkushaigustest (välja arvatud gripp, angiin ja ülemiste hingamisteede katarrid) 40% ägedatele soolte nakkushaigustele. Eesti NSV-s oli see näitaja 1957. a. 32,1%.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 1954. a. käskkirjaga nr. 237-m on tehtud olulisi korrektiive düsenteeria profülaktika alal. Mainitud käskkiri andis meditsiinitöötajatele kindla suuna mitte ainult düsenteeria, vaid ka teiste sooltenakkuste probleemi lahendamiseks.

Käskkirjas püstitatud nõuded olid õigustatud ning andsid juba esimesel aastal positiivseid tagajärgi: 1956. a. vähenes haigestumus ägedatesse sooltenakkustesse peaaegu kõigis liiduvabariikides, sealhulgas ka Eesti NSV-s.

1957. aastal aga ei olnud võitlus sooltenakkustega rahuldav kogu NSV Liidu ulatuses.

Eesti NSV-s oli selle peamiseks põhjuseks düsenteeriahaigete ravi halb organiseerimine. Ebarahuldav oli töö ka peamiste nakkusreservuaaride vähendamise alal. Ka sanitaar-hügieenilisi menetlusi rakendati nõrgalt ja sihipäratult, sellepärast olid võimalikud mõned düsenteeriapuhangud vee ja osaliselt ka toiduainete vahendusel.

1957. a. haigestumuse analüüs kinnitab veenvalt kui suur tähtsus on sihikindlatel ja õigeaegsetel sanitaar-hügieenilistel abinõudel säärase nakkushaiguste profülaktikas, mis levivad fekaalse-oraalse tee kaudu.

1957. a. esines Kohtla-Nõmme asulas ja Jõhvi rajoonis düsenteeriajuhtumeid, millede põhjustajaks oli joogivesi. Esimesel juhul tekitas haigusepuhangu tehnilise vee lülitamine linna veevärki, mis oli aga saastatud fekaaliatega. Jõhvi rajoonis levis haigus teisel teel; küllaldase kvaliteetse joogi- ja majapidamisvee puudumine sundis siin elanikkonda kasutama juhuslikke veeallikaid, mis olid aga ilmselt saastunud. Seni on kaevurid sunnitud vastava veevärgi puudumisel jooma kaevandustes leiduvat vett. Veega varustamise korratuse tõttu Ahtmes hoiavad elanikud veevarusid mitmesugustes nõudes, mis võivad olla saastunud ning säilitamise puhul saastuvad veel enam. Seejuures tuleb arvestada, et mõned düsenteeriabakterite tüved võivad vees mitte ainuüksi pikemat aega säilida, vaid ka spontaanselt paljuneda. Juhusliku vee kasutamine põhjustas Tallinnas (Nõmmel) koguni kõhutüüfusejuhtumeid.

Meil ei ole veel kindlat alust kõnelda veest põhjustatud Botkini tõve puhangutest Eesti NSV-s, kuid andmed viitavad ka siin seosele haiguskohtede ning vee ja üldiste sanitaarlaste tingimuste vahel.

Milline on siis veevarustuse seisukord vabariigis?

Linnade, asulate ja rajoonikeskuste peamiseks veeallikateks on arteesiakaevud. Kaheksa veevärki saavad meil aga vett lahtistest veekogudest. Maal on peamiseks veevarustuse allikateks 5—15 m sügavused, püsivalt madala coli-tiitriga, kaevud. Olemasolevatest arteesiakaevudest ei oma 35% püsivat coli-tiitrit, sest puudub kindel kaitse pinnavete kaevu sattumise eest. Mitmes asulas saastub vesi juba veevärgis selle korrapärasuse ja nõutava püsiva surve puudumise tõttu.

Nõuetele vastavad sanitaarkaitsevööndid on ainult 30 protsendil vesivarustusallikatest, vee nakkusest puhastamise seadmeid aga ei ole tegelikult ühelgi maa-alusel vesivarustuse allikal.

1957. aastal anti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi poolt välja käskkirj nr. 80-m «Vältiva ja jooksva sanitaarjärelevalve tugevdamisest asulate vesivarustustes». Kontrolliti eriti asulaid, kus esines ägedaid mao-sooltenakkusi (Tallinn, Narva, Kohtla-Järve, Tartu ja Jõhvi rajoon). Töötati välja nende asulate vesivarustuse parandamise plaan. Põlevkivibasseini veemajanduse parandamise plaani kinnitas Rahvamajanduse Nõukogu.

Tööstus- ja tootlustevõtetelt ning lasteasutustelt (pioneerilaagritelt) nõuti vesivarustuse parandamist 1958. aastal.

Kontrollimisel aga selgus, et kohalikud sanitaarorganid täidavad käskkirja nr. 80-m veel nõrgalt. Vesivarustuse tehnilist järelevaatust ei teostatud Tallinnas, Kohtla-Järvel, Pärnus ja Jõhvi rajoonis. Kohtla-Nõmme kaevanduses avastati, et käesoleval aastal on tehniline veevärk uuesti ühendatud joogivee süsteemiga. Kohtla-Järve Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst I. Zagrjanskaja aga ei olnud sellest mitme kuu jooksul teadlik ja leppis samuti sellega, et veevõtukohad on halvas seisukorras. Sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstid Tallinnas (A. Kuusik) ja Tartus (O. Tamm) ei ole mitme aasta jooksul korraldanud elamute äraviimise küsimust rangest kaitsevööndist. 70 protsendil vabariigi vesivarustustest ei ole veel vajalikku kaitsevööndit. Sanitaartenistus ei kutsu hooletuid majandusala töötajaid korrale.

Vee kvaliteedi laboratoorne kontrollimine, mis võimaldab vee saastumist õigeaegselt avastada, jätab veel palju soovida. Näiteks 1957. a. aruannete andmetel tehti vabariigis iga ametkondliku ja kommunaalveevärgi kohta keskmiselt 3,1 bakterioloogilist analüüsi, mida tuleb pidada väheseks. Mõnedes sanitaar-epidemioloogia jaamades ja eriti ühendatud rajoonihaiglate laboratooriumides teostatud veeanalüüside kvaliteet on madal.

1958. a. töötatakse vesivarustuse korraldamiseks ja arendamiseks vabariigis välja perspektiivplaan 5—7 aastaks. Kohalikud sanitaartöötajad peavad aktiivselt osa võtma mainitud plaani koostamisest ja selle täitmist pidevalt kontrollima.

Sooltenakkuse levimisel on veemajanduse seisundi kõrval teiseks tähtsamaks väliskeskkonna teguriks asulate sanitaarse olukorra küsimus, nimelt majandus- ja reovete ning jäätmete kõrvaldamine.

Eesti NSV-s on tsentraliseeritud kanalisatsioonisüsteem ainult Kohtla-Järve sotsialistlikus linnaosas. Reovete väljajuhtimine toimub meil peamiselt veekogudesse; vee puhastamist pinnasemeetodil kasutatakse harva. Reovete puhastusseadmed on täielikult olemas ainult põlevkivibasseinis, kusjuures need tagavad majanduslike reovete puhastamist, kuid ei puhasta kõiki tööstuslikke reovesi.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1956. a. määrus nr. 297 kohustas 75 vabariigis asuvat asutust ehitama reovete puhastusseadmed. Käesoleva aasta märtsi- kuni maikuuni kontrolliti mainitud määruse täitmist. Kontrollimisel selgus, et kolmekümnest asutusest, kes olid kohustatud vastavalt ehitustööde lõpetama 1957. a. jooksul, täitsid selle ülesande ainult kuus. Ülejäänud asutuste reovete puhastusseadmete ehitamine on mitmesugustel põhjustel lõpetamata. Mitmed ettevõtted pole aga ehitustööde alustanudki. Vaatamata sellisele olukorrale karistati 1957. aastal ehitustööde katkestamise eest ainult kolme asutust. Pärnus ei ole ükski objekt puhastusseadmete ehitamist lõpetanud, kuid endine sanitaar-epidemioloogia jaama peaarst E. Barg ei pööranud sellele küllaldast tähelepanu. Uus peaarst A. Poeld peab rakendama kõige rangemaid sanktsioone korra- rikkujate vastu. Samuti peavad toimima ka kõikide teiste sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstid.

Sanitaartöötajatel tuleb jätkata veevõtukohtade saastumise põhjuste väljaselgitamist ja kohalike täitevkomiteede otsuste täiendamist. Mitmes rajoonis ei ole veel lõpetatud töö reovete ja roojajamamiseseadiste likvideerimise alal. Eriti halvasti on lahendatud imamisseadmete ehitamise küsimus individuaalelamute juurde. Plaanipäraselt puhastatakse kolmekümne neljast linnast ainult neljateistkümmet ja kahekümne kuuest asulast ainult kuutteistkümmet. Ülejäänud linnades ja asulates kehtib tellimussüsteem, mis aga ei taga nende õigeaegset ja korralikku puhastamist. Tõsi küll, meie asulate haljastamine ja heakorrastamine paraneb iga aastaga, kuid mitte igal pool ei pööra sanitaartöötajad süstemaatiliselt tähelepanu ägedate sooltenakkustega ohustatud mikropiirkondade heakorrastamisele ja puhastamisele.

Meil esineb tõsiseid sanitaareeskirjade rikkumisi maal asuvate koolide internaatides: laste magamisruumid on üle koormatud, puuduvad toiduainete hoiukohad jne. Halb olukord on Mustvee, Põlva, Hiiumaa jt. rajoonide koolide internaatides. Maakoolide juures olevate internaatide küsimus vajab viivitamata lahendamist.

Vähe pööratakse tähelepanu ka invaliidide- ja vanadekodude sanitaarsele seisundile.

Vahete-vahel esineb meil sooltenakkusi mõnedes lastesõimedes ja -aedades. Sanitaartöötajatel tuleb rakendada kõik abinõud meie lasteasutuste hügieeniliste tingimuste parandamiseks. Suvekuudel nõuavad erilist tähelepanu ka pioneerilaagrid.

Mõnikord esineb meil sooltenakkushaiguste juhtumeid isegi suurtes raviasutustes, näiteks Tallinna Lastehaiglas, Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonnas jne. Nende põhjuseks on peaarstide vastutustundetu suhtumine sanitaarrežiimi küsimustesse.

Suvel on eriti tähtis toiduainetetööstuse ja ühiskondlike toitlustamisettevõtete sanitaarne seisukord. Toitlustamisettevõtete kontrollimine käesoleva aasta kevadel näitas, et paljudel objektidel esineb tõsiseid üleasumisi sanitaarreeglitest, sanitaarteenistuse töötajad aga ei pööra nendele tähelepanu.

Tähelepanu peab pöörama ka kolhooside piimafarmidele, sest mõnel pool hoitakse loomi tervishoiuvastastes tingimustes ning ka lüpsjad ei tunne alati küllaldaselt hügieenireegleid. On olnud juhtumeid, kus lüpsjad osutusid ägedate sooltehaiguste allikateks (Kilingi-Nõmmel, Otepääl, Keilas).

Seoses sellega tuleb peatuda toiduainete ettevõtete töötajate profülaktilistel läbivaatustel. Mitmes linnas ja rajoonis on see äärmiselt tõsine töö muudetud tühiseks formaalsuseks. Selle tagajärjel on juhtumeid, kus toitlustusobjektidel töötavad inimesed, kes põevad kroonilist düsenteeriat või kannavad kõhutüüfuse pisikuid. Tihti ei kontrolli sanitaar-epidemioloogia jaamad ja osakonnad profülaktiliste järelevaatuste punktide tööd.

Partei ja valitsus pööravad suurt tähelepanu elanikkonna töö- ja elutingimuste parandamisele. Elamuehitus on võtnud harukordse ulatuse.

1957. aastal oli ehitamisel 6367 elumaja, 106 kooli ja lasteasutust, 31 raviasutust, 8 töölisasulat ja 74 maa-asulat. Ehitustööde sellise suure ulatuse juures on eeljärelvalvel eriti suur tähtsus. Kahtlemata on jooksva sanitaarjärelevalve efektiivsus veel suurem, kui asulate hoonestamisel ja üksikute ehituste püstitamisel nähakse ette kõik vajalik jäätmete kogumiseks ja kõrvaldamiseks. Peab taotlema, et kanalisatsioon ja vesivarustus ei jääks tagaplaanile, vaid antaks ekspluatatsiooni objektiga ühel ajal.

Range süstemaatilise kontrolli puudumine ehitustel viis selleni, et 1957. aastal anti ilma sanitaarjärelevalve organite nõusolekuta ekspluatatsiooni 30 toitlustamisobjekti (ehitusel olevast 250-st) ja 6 lasteasutust (46-st). Võru rajooni Rõuge Masina-Traktorijaama elumaju hakati ekspluateerima ilma veevärgi ja kanalisatsioonita. Elva Rajooni Haigla reovete filtreerimisväljak ulatus kuni elumajadeni, kuid peaarsti asetäitja sanitaar-epidemioloogia alal P. Mikk suhtus sellesse täiesti ükskõikselt.

Epidemioloogilisel uurimisel tegelevad epidemioloogid tavaliselt koduse olukorraga ning väga harva tutvuvad ettevõtetega, kus haige töötab. Küllastades ettevõtet, ei uuri sanitaararstid sealset epidemioloogilist režiimi. Epideemiatõrjele pööravad vähe tähelepanu ka ettevõtete tervishoiupunktid.

Tuleb meeles pidada, et kõigist eespoolmainitud elementidest moodustuvadki olukorrad, mis soodustavad ägedate sooltehaiguste levimist. Vajalike abinõude tarvitusele võtmiseks tuleb süstemaatiliselt uurida haigestumust ägedatesse sooltenakkustesse. Ühtlasi tuleb parandada sanitaar-hügieenilist olukorda neis mikropiirkondades, kus esineb haigestumisi. Siin tuleb kasutada kogu ravi ja sanitaar-hügieeniliste abinõude kompleksi. Nende mikropiirkondade tervistamisel tuleb tegutseda kooskõlastatult nii sanitaararstidel, epidemioloogidel, jaoskonna terapeutidel kui ka pediaatritel. Kompleksplaanidesse peab lülitama kõik vajalikud abinõud tööks nendes piirkondades. Haigestumistest tuleb õigeaegselt informeerida kohalikke nõukogude organeid ja parteiorganisatsioone ja tuginedes nende toetusele ning abile nõuda asutuste ja ettevõtete juhatajatelt nõutavat korda nii territooriumil kui ka ruumides.

Meditšiinitöötajad peavad organiseerima oma linnas ja rajoonis elanikkonna massilist liikumist puhtuse ja sanitaarkultuuri eest.

On loomulik, et elanikkonna laialdane kaasatõmbamine peab algama sanitaarharidustööst, arvestades inimeste töö- ja elutingimusi. Ei ole tarvis kõnelda haiguste kliinilisest pildist ja nende ravimisest, tähtis on rääkida, kuidas haigestumist vältida.

NSV Liidu tervishoiu minister M. Kovrigina ütles XIII üleliidulisel hügienistide ja epidemioloogide kongressil: «Kes siis veel, kui mitte meie, tervishoiutöötajad, on kohustatud nõukogude inimesi õpetama mida tuleb teha ja mida ei tule teha selleks, et säilitada paljudeks aastateks head tervist ja kõrget töövõimet».

Meil on kõik võimalused selleks, et likvideerida haigestumus ägedatesse sooltenakkustesse.

О задачах по улучшению санитарного состояния

И. Мазик

Резюме

40 процентов всех инфекционных заболеваний по СССР составляют желудочно-кишечные инфекции, а по Эстонской ССР — соответственно 32,1 процента.

Борьба за снижение количества желудочно-кишечных инфекций является одной из наиболее важных задач, стоящих перед органами здравоохранения.

Высокая заболеваемость острыми желудочно-кишечными инфекциями в ЭССР в 1957 году обусловлена в основном вспышками дизентерии водного характера, частично — пищевого характера и в результате грубых нарушений санитарно-эпидемиологического режима в дошкольных и школьных детских и лечебных учреждениях.

Подобное положение указывает на отсутствие целенаправленности в выполнении санитарно-гигиенических мероприятий и правил санитарного режима на объектах водоснабжения, общественного питания, детских и лечебных учреждений.

В числе мероприятий, направленных на снижение количества острых желудочно-кишечных инфекций, брюшного тифа и болезни Боткина (эпидемического гепатита), основное значение имеют — благоустройство населенных мест, разрешение вопросов обеззараживания и удаления нечистот и отходов бытового характера, улучшения водоснабжения и приведения к санитарным нормам объектов общественного питания, детских и лечебных учреждений.

Коммунистическая партия и Советское правительство уделяют большое внимание вопросам улучшения условий труда и быта населения.

По всему Советскому Союзу, в том числе и по Эстонской ССР в широком масштабе ведется новое жилищное и коммунальное строительство в городах и на селе, строятся новые рабочие поселки, новые колхозные и совхозные центры.

Обязанностью санитарного надзора является повседневный жесткий контроль за выполнением установленных санитарно-гигиенических правил и проведение предупредительного санитарного надзора при решении вопросов водоснабжения и очистки населенных мест.

При постоянной совместной работе санитарных врачей, эпидемиологов и участковых терапевтов и педиатров, проведением всего комплекса лечебных и санитарно-гигиенических мероприятий в микрорайонах и эпидемиологическими анализами можно добиться стойкого снижения острых желудочно-кишечных инфекций в республике.

Значительную роль в проведении указанных мероприятий играют правильно поставленная санитарно-просветительная работа и самодеятельность населения во главе с санитарным активом.

Soolteinfektsioonide epidemioloogia küsimustest

H. Pihl

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. J a n n u s)

Soolteinfektsioonide küsimus püsib aktuaalsena kogu Nõukogude Liidu ulatuses. Düsenteeiaga ja teiste sooltenakkustega ei tegele meil mitte üksnes arvukad ravi- ja profülaktikaasutused, vaid ka paljud teadusliku uurimise instituudid. V. Timakov'i (5) andmetel planeeritakse meil igal aastal üle 500 teadusliku uurimistöö düsenteeria probleemi alal.

Vaatamata sellele ei ole kõik selle haigusega seotud küsimused veel lõplikult lahendatud.

Düsenteeria ja teiste soolteinfektsioonide leviku peamiseks põhjustajateks peetakse kaasajal sanitaar-elukondlikke ja kommunaalseid tingimusi. Seda konstateerib ka NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Presiidiumi 1955. a. toimunud düsenteeriaalase nõupidamise resolutsioon (6).

Kommunaal- ja sanitaar-elukondlikud tingimused ei ole ainsad faktorid, milledest sõltuvad sooltenakkuste tekke ja levikuvõimalused.

Meditsiinitöötajatel on nakkushaiguste vältimiseks käepärast vägagi arvukaid võimalusi ja abinõusid, mida me aga pahatihti ei rakenda.

Võtame näiteks küsimuste kompleksi, mis on seotud nakkusallika avastamisega ja ohutustamisega. Nii nagu kõikide teiste nakkushaiguste, nõnda on ka sooltenakkuste epidemioloogias eriti tähtis kõigi haigete varajane avastamine. Sooltenakkusi põdejate, eriti düsenteeriahaigete avastamine, ei ole aga kaugeltki lihtne küsimus. Tänapäeval on Nõukogude Liidus peaaegu täielikult kadunud Grigorjeva-Shiga bakteritest tingitud düsenteeria, mis avaldub harilikult raske, klassikalise pildiga haigusena.

Eesti NSV-s prevaleerib viimastel aastatel Sonne bakteritest põhjustatud düsenteeria. Nii näiteks oli 1957. a. Tartu rajoonis bakterioloogiliselt tõestatud düsenteeriajuhtudest 90,3 protsenti tekitatud nende mikroobide poolt. Tallinna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama bakterioloogiakoloonias moodustasid 1957. a. Sonne düsenteeria juhud aga 81,05% kõikidest bakterioloogiliselt tõestatud düsenteeriajuhtudest. *Bacterium dysenteriae* Sonne prevaleerimine Eestis nõuab taktika mõningat muutmist ka haiguse profülaktika, epidemioloogia ning ravi osas. Tuleb arvestada, et Sonne bakterid on väliskeskkonna teguritele ja ka desinfektsioonivahenditele 2—3 korda vastupidavamad kui teised düsenteeriapisikud [E. M. Novgorodskaja (3) jt.] Seejuures tekitavad Sonne bakterid kergema kuluga haiguse [A. A. Kljutscharev (2), E. M. Novgorodskaja (3) jt.] ja organism vabaneb nendest mikroobidest kiiremini [A. A. Kljutscharev (2), L. D. Žerikova (1) jt.].

Tänapäeva düsenteeriat iseloomustab üldiselt kerge haiguspilt, eriti täiskasvanutel. Ei ole harvad juhud, millal haigus piirdub lühiajalise kõhulahtisusega. Sellised haiged harilikult ei pöördugi arsti poole, heal juhul kasutavad nad sulfaniilamiidpreparaate või antibiootikume ja jätkavad oma igapäevast tegevust. E. Novgorodskaja (4) arvates ei pöördu Leningradi tingimustes rohkem kui pooled düsenteeriahaiged arstiabi saamiseks raviasutustesse. Avastatud haiged aga isoleeritakse niivõrd hilja, et haigete eraldamine ja lõppdesinfektsioon kaotavad mõtte.

Düsenteeriasse haigestumise vähendamise ja likvideerimise eesmärgil on meil vaja senisest laialdasemalt düsenteeriahaigeid avastada. Selleks tuleb kõigepealt tõsta haigete teadlikkust sanitaarselgitustööga. Sanitaarhariduslikud loengud, vestlused ja brošüürid peavad hoolitsema, et üldsus ei peaks düsenteeriaks ainult verist kõhutõbe, mida iseloomustavad veresegune roe, tenesmid ja raske intoksikatsioon. Valvsusele peab manitsema iga kõhulahtisuse puhul, vaatamata selle kergusele.

Haigete aktiivse avastamise eesmärgil on vaja ka senisest tunduvalt laiemalt uurida kontakteid ja organiseerida bakterioloogilisi uurimisi epidemioloogilistel näidustustel. Nagu vastavatest 1957. aasta aruannetest nähtub, pühendatakse sellele küsimusele vähe tähelepanu. Sanitaar-epidemioloogia jaamadel ja haiglate sanitaar-epidemioloogia osakondadel tuleb eeskujuks võtta Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama (peaarst E. Eller), mille töötajad laialdaste bakterioloogiliste uurimistega parandasid tunduvalt düsenteeriahaigete avastamist koolides.

Mõnedes meie tervishoiuasutustes on aga puudulikult organiseeritud isegi sooltenakkushaigusi põdevate haigete arvestus, kõnelemata nakkus-

kahtlaste laialdasest bakterioloogilisest uurimisest. Nii näiteks selgus Tallinna mererajooni lastepolikliniku ühe arstijaoskonna ägedate sooltenakkushaiguste registreerimise küsimusega tutvumisel (T. Kuslap), et seal registreeritakse ainult 67,5 protsenti haigetest. Ülejäänud 32,5 protsenti lastest, kelle haigestumise kohta esinesid andmed arengulugudes, jäid aga arvele võtmata. Viimaste suhtes ei rakendatud ka epideemiatorje abinõusid.

Edu pandiks sooltenakkuste vastu võitlemisel on võimalikult kõigi avastatud haigete hospitaliseerimine. Otstarbekaks tuleb pidada ka enterokoliiti ja teisi seedetrakti häireid põhdevate haigete uurimist ja ravimist statsionaaris. Meie kogemuste põhjal võib hoolika uurimise tagajärjel säärase haigete seas sageli avastada nakkusliku päritoluga haigestumisi. Enterokoliidahaiged jäävad meil sageli hospitaliseerimata. 1957. a. hospitaliseeriti vabariigis enterokoliidijuhtudest ainult 41,5 protsenti. Tallinna nakkushaigla aga ei võta ravile ühtegi enterokoliidhaiget.

Sooltehaiguste nakkuskolletes ei pöörata meil tihti küllaldast tähelepanu desinfektsioonile. Desinfitseerimine usaldatakse sageli asjatundmatutesse kättesse, ei kontrollita desinfektsioonivahendite kõlblikkust, tarvitavate lahuste kontsentratsiooni, ekspositsiooniga jne. Meie peame aga õigeks igas düsenteeriakoldes kasutada peale mitmesuguste desinfektsioonivahendite ka kamberdesinfektsiooni. Ei ole mõeldav madratsite, patjade, vaipade, riietusesemete jt. sellelaadsete esemete desinfitseerimine ainult mõne desinfitseeriva vedeliku puuduliku piserdamisega. Ajakohaste desinfektsioonikambrite kasutamine on meil aga puudulik. Nagu tervishoiuasutuste 1957. aasta aruannetest nähtus, puuduvad desinfektsioonikambrid üldse paljudes rajoonides ja linnades, olemasolevad kambrid aga on halva majandamise tõttu tarvitamiskõlbmatud. See on tõsine lünk võitluses sooltenakkustega ja ka teiste nakkushaigustega.

Soolteinfektsioonide nagu kõigi teistegi nakkushaiguste epidemioloogia ja profülaktika on tihedalt seotud raviküsimustega. Nakkushaigete ravimine peab andma epidemioloogile garantii selles, et haiglast välja kirjutatud haige ei kujuneks tervetele nakkusallikaks. Paraku ei vasta düsenteeria ja mõnede teiste sooltehaiguste ravimine veel nendele nõuetele. Haiguse retsidiveerumine ja krooniliseks muutumine või uute haigestumiste tekkimine kontaktist ravi saanud haigetega ei ole haruldased. Düsenteeria ravi ei või piirduda ainult mõne sulfaniilamiidpreparaadi või antibiootikumi manustamisega. NSV Liidu tervishoiu ministri 1954. a. käskkiri nr. 237-M nõuab nimetatud ravimite kombineeritud kasutamise kõrval veel immuunpreparaatide (immunogeeni, Tšernohvostovi vaktsiini jt.) rakendamist. Ka ei tohi unustada üldtugevdavaid vahendeid (arseeni- ja rauapreparaate, vitamiine jne.), dieetilist režiimi ja patogeneetilist teraapiat (bromiidid koos kofeiiniga, soolhape, pepsiiniga, pankreatiin, tannalbiin, bismut jne.). Tähelepanu tuleb pöörata veel kaasnevatele haigustele, nagu helmintoosidele, protozoilistele invasioonidele jms. Samuti peaks kõikides nakkushaiglates ja haiglate nakkusosakondades määratama düsenteeriabakterite resistentsust kasutatavate ravimite suhtes. Ravimresistentsuse määramiseks on olemas üsna lihtsaid meetodeid, mis ei tohiks tekitada raskusi üheski meie haiglas ja bakterioloogialaboratooriumis. Teadmata aga, kuidas reageerib üks või teine düsenteeriamikroob manustatavatele ravimitele, on ravimine pimesi.

Siinkohal olgu mainitud, et Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajate K. Ahhundova ja R. Rjuminskaja andmetel osutusid näiteks Kohtla-Järvelt saadud düsenteeriakultuurid 92,7% juhtudest levomütsetiinikindlateks.

Meie tähelepanekute kohaselt võib haiglast väljakirjutamine ja kodusesse töömiljösse sattumine põhjustada teatud juhtudel haigus-

protsessi taastumist. Sellepärast on vaja haiglast väljakirjutatud haiged dispanseerida, eriti esimestel nädalatel. Ses osas lasuvad vastutusrikkad ülesanded sooltekabinettidel. Meil tuleb kaaluda ka düsenteeriat põdenud lastele nakkushaiglate juures asuvate sanatoorsete osakondade avamise küsimust. Sellised osakonnad omavad eeliseid, võrreldes düsenteeria rekonvalesentsentidele määratud erisõimede ja lasteadeadega.

Vabariigis ei ole veel ka täielikult dešifreeritud sooltenakkuste etioloogiline struktuur. *Coli*-enteriitide diagnostika on puudulik vastavate diagnostiliste seerumite vähesuse tõttu. Vaatamata sellele, et 1957. a. lõpul saadeti kõikidele meie ravi- ja profülaktikaasutustele instruksioon salmonellooside bakterioloogilise uurimise kohta, ei ole enamik vabariigi mikrobioloogialaboratooriume neid haigusi veel uurima hakanud.

Nagu kõikidel aladel, nii on ka võitluses nakkushaigustega oluliseks, sageli kõige otsustavamaks küsimuseks kaadriprobleem. Meie sanitaar-epidemioloogiajaamad ja haiglate sanitaar-epidemioloogia osakonnad on arstidega veel ainult osaliselt komplekteeritud. Paljudes laboratooriumides puuduvad arstid-bakterioloogid. Haiglate ja sanitaar-epidemioloogia jaamade ühendamisel liideti ka nende laboratooriumid, mille tõttu mõnel pool on hakatud pühendama vähem tähelepanu bakterioloogilistele ja sanitaar-hügieenilistele uurimistele. Vabariigi sanitaar-teenistuses esineb veel rahunust tekitav arstide kohakaasluse tava. Meil töötavad kohakaasluse korras epidemioloogide, bakterioloogide ja sanitaararstide kohtadel kirurgid, günekoloogid, stomatoloogid jt. spetsialistid. Sanitaar- ning epidemioloogiaalaste vastutusrikkade ülesannete täitmine jääb nendel juhtudel pahatihti formaalseks. Eduka võitluse huvides soolte ja teiste nakkushaigustega on vaja sellised kohakaaslused kiiresti likvideerida. On veel kuidagi mõeldav, et epidemioloog, infektsionist ja bakterioloog jagavad omavahel kohustusi, sest nende erialad on üksteisega tihedas kokkupuutes. Me ei kujutle epidemioloogi, kes ei viibiks haigevoodi juures või bakterioloogi, kes ei tunneks huvi epidemioloogia, profülaktika või nakkushaiguste ravimise küsimuste vastu.

Nakkushaiguste tõrje alal on meil veel suureks puuduseks elanikkonna eemalejäämine sanitaar-hügieeniliste ja elukondlike tingimuste parandamisest. Valgevene NSV, Pihkva, Dnepropetrovski jt. oblastite eeskujul on vaja ka meil alustada üldrahvalikku liikumist sanitaarkultuuri ja hügieeniliste harjumuste tõstmiseks. Ses osas lasuvad suured ülesanded Punase Risti organisatsioonidel. Arstide ülesanded võitluses sooltenakkustega on väga mitmekesised ja laialdased. Nende ülesannete edukas täitmine on mõeldamatu ilma ühiskondliku aktiivita ja laiade elanikkonna hulkade kaasatõmbamiseta.

KIRJANDUS. 1. Жерикова А. Д. — Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 20—23,3 1957. 2. Ключарев А. А. — Сов. медицина, 62—64,7, 1956. 3. Новгородская Э. М. — Дизентерия. Эпидемиология. Под редакцией Г. Я. Змеева, 99—145, Медгиз, Л., 1957. 4. Новгородская Э. М. — Итоги исследований Института по проблеме кишечных инфекций за 1956 г. Тезисы докладов. Итоговая конференция Ин-та им. Пастера, Л., 1957. 5. Тимаков В. Д. — Актуальные вопросы эпидемиологии дизентерии. Дизентерия. Сборник трудов межинститутской научн. конференции 1955 г., 245—252, М., 1956. 6. Решение совещания по проблеме дизентерии при президенте Акад. мед. наук СССР, Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 126—128, 7, 1955.

О некоторых вопросах эпидемиологии кишечных инфекций

Х. Пихл

Резюме

Вопрос острых кишечных инфекций является актуальным по всему Советскому Союзу.

Для предупреждения инфекционных заболеваний, а том числе и кишечных инфекций, в распоряжении медицинских работников имеются вполне доступные разные методы, но иногда эти методы в полной мере не используются.

За последние годы в Эстонии отмечается рост дизентерии Зонне. Повышение роли этого вида в этиологии дизентерии вызывает необходимость изменить некоторые противоэпидемические мероприятия.

Считаясь с тем, что наблюдающаяся в настоящее время дизентерия протекает большей частью в легкой клинической форме, бывают случаи, когда дизентерийный больной не обращается за медицинской помощью.

С целью снижения заболеваемости дизентерией медицинским работникам необходимо активно выявлять больных. При этом весьма важно повышать уровень сознательности общественности путем качественной санитарно-просветительной работы.

Для активного выявления дизентерийных заболеваний необходимо также проводить обширные бактериологические исследования не только контактных лиц, но и всех подозрительных в отношении дизентерии контингентов.

Помимо дизентерийных больных следует повысить процент госпитализируемых по поводу энтероколита и других кишечных дисфункций. Проведенными опытами подтверждается, что при обследовании таких больных удастся нередко выяснить инфекционную природу их заболевания.

Некоторые медицинские работники мало внимания уделяют дезинфекционным мероприятиям в дизентерийных очагах. Весьма важно попутно с влажной дезинфекцией применять и дезкамерную.

Современные методы лечения дизентерии должны гарантировать эпидемиолога, что больные, прошедшие курс лечения, не явятся в дальнейшем источником новых заболеваний.

Все лечебные учреждения и лаборатории должны приступить к определению устойчивости возбудителей кишечных инфекций к различным антибиотикам, так как, не зная, как реагирует тот или иной микроб на применяемые медикаменты, лечение больного будет протекать вслепую и не даст необходимых положительных результатов.

Считаясь с тем, что после выписывания больных из больницы в домашнюю обстановку или на работу в первые недели могут возникнуть обострения заболеваний, крайне необходимо обращать особое внимание на диспансеризацию этих лиц.

В нашей республике не дешифрирована окончательно этиологическая структура кишечных инфекций. Неудовлетворительно поставлена диагностика колиэнтеритов из-за отсутствия диагностических сывороток. Наши бактериологические лаборатории мало внимания уделяют салмонеллезам.

Особо важную роль в эффективной борьбе с инфекциями играют кадры. В республике врачебные должности санитарно-эпидемиологической службы полностью не укомплектованы. В целях решительной борьбы с инфекциями следовало бы, по нашему мнению, ликвидировать существующую поныне практику работы по совместительству в санитарно-эпидемиологической службе хирургов, гинекологов, стоматологов и других специалистов, которые, работая на основной должности, выполняют ответственные задания санитарно-эпидемиологической службы лишь формально.

По примеру других братских республик необходимо и в Эстонской ССР вовлекать широкие массы общественности в работу по повышению уровня санитарной культуры и применению гигиенических навыков.

Düsenteeriapisikute rühma kuuluvate mikroobide eraldamise küsimusest Tallinna lahe veest

A. Karapetjan, L. Grinšpun, A. Safronov

Seni on kirjanduses võrdlemisi vähe tähelepanu pööratud düsenteeria levimisele vee kaudu. Viimase kahe aasta jooksul on huvi selle küsimuse vastu tõusnud. On saadud mõningaid andmeid sooltenakkuste levimisest vee kaudu (F. Grinbaum, A. Semaško ja E. Pepenko, S. Gerškovitš, K. Medvinskaja, M. Kaden).

Autorid, kes eitasid vee epidemioloogilist tähtsust düsenteeria levi-
misel, viitasid mainitud mikroobide vähesele vastupidavusele vees.
Teiste uurijate andmetel säilivad düsenteeriatekitajad, eriti Flexneri ja
Sonne pisikud, väliskeskkonnas, eriti vees, pikemat aega. Näiteks säili-
vad V. Krõlova andmetel Sonne pisikud keedetud vees 2 kuni 3 kuuni,
Flexneri bakterid kuni ühe kuuni. K. Medvinskaja tõendab, et Flexneri
düsenteeriakepikesed elavad vees 17—25 päeva.

Meie poolt igakordne bakterioloogiliseks uurimiseks võetud mere-
vee kogus oli 1,5 liitrit. Vett võeti vahetult laevade parda äärest. Labo-
ratooriumis filtreeriti vesi läbi viie membraanfiltrit (nr. 3). Seega lasti
läbi iga filtri 300 ml vett. Seejärel eemaldati filtrid steriilsete pintsetti-
dega ja tehti jäljendid Ploskirjovi söötmega tassidele. Igast filtrist võeti
12 jäljendit kahele tassile. Pärast ööpäevast kasvatamist termostaadis
uuriti kultuure ja külvati tüüpilised kolooniad Russeli söötmele.
Juba kolmandalt või neljandalt jäljendilt õnnestus antud meetodiga saada
isoleeritud kolooniaid. Eraldatud kultuure identifitseeriti üldkasutatava
meetodi järgi. Väliskeskkonna esemetelt võeti uurimismaterjali Ploskir-
jovi bakteragariga immutatud tampoonide abil. Pärast materjali võtmist
paigutati tampoonid neljaks tunniks termostaati, seejärel külvati mater-
jal ümber bakteragariga tassidesse. Pärast 18-tunnilist termostaadis
hoidmist eraldati iseloomulikud kolooniad Russeli söötmele ja uuriti
hoolikalt saadud kultuure.

Tabel nr. 1

**Mereveest eraldatud düsenteeriamikroobide biokeemiline ja seroloogiline
iseloomustus**

Jrk. nr.	Tüve nr.	Kultuuri eralda- mise koht	Värvumine Grami järgi	Liikuvus	Glükoos	Laktoos	Maltoos	Manniit	Sahharoos	Dultsiit	H ₂ S	Indool	Aglutineerumine monoretseptoor- sete seerumitega
1	2	Merevesi	—	—	h	—	h	h	—	—	—	—	Flexner «a» + + + +
2	8	Proovid laevalaelt	—	—	kg	—	h	h	—	h ₃	—	—	Newcastle + + + +
3	9	Proovid harjadelt	—	—	h	—	h	h	—	—	—	—	Flexner «c» + + + +
4	17	Merevesi	—	—	h	h ₁	h	h	h	—	—	—	Sonne + + + +
5	55	Merevesi	—	—	h	—	h	h	—	—	—	—	Flexner «f» + + + +

1) fermenteerib laktoosi 5-dal ööpäeval.

2) fermenteerib dultsiiti 3-dal ööpäeval.

Kokku uuriti meie poolt 21 merevee ja 150 esemelt võetud proovi
(laevalagi, leierid, laevatrepid, harjad, isegi meeskonna käed ja saa-
pad). Üksikasjalisemalt uuriti ainult neid tüvesid, mis aglutineerusid
düsenteeriaseerumitega. Me ei uurinud kultuure, mis biokeemiliste oma-
duste poolest olid düsenteeriamikroobidele lähedased, kuid ei aglutinee-
runud spetsiifiliste seerumitega.

Kõigist proovidest uuriti üksikasjalikult 17 kultuuri. Iseloomustav
on see, et kõik kultuurid aglutineerusid kohe pärast eraldamist ühe või
teise düsenteeriaseerumiga, biokeemiliste omaduste poolest aga ei eris-
tunud nad tõelistest düsenteeriamikroobidest.

Pärast mitmekordseid külve ja ümberkülve tavalistele söötmetele (Ploskirjovi bakteragarile, sapipuljongile jne.) ja passaaže läbi hiirte tekkis 5 kultuuril omadus aglutineeruda spetsiifiliste monoretseptoorsete seerumitega.

Neid kultuure identifitseerisime seroloogiliste, biokeemiliste ja kulturaalsete tunnuste põhjal düsenteeria kultuuridega. Üksikasjalik iseloomustus on antud tabelis.

Ülejäänud 12 kultuuri kaotasid aglutinaabelsuse, olgugi et nad biokeemiliste omaduste poolest jäid identseteks düsenteeriamikroobidega. Neid kultuure tuleb uurida edaspidi, sest praegu ei ole võimalik kindlaks määrata nende kuuluvust.

Huvitav on märkida, et eraldatud kultuurid kuuluvad düsenteeriamikroobide liiki, mida kõige sagedamini eritavad Tallinna elanikkonna hulka kuuluvad haiged.

Seega näitab düsenteeriamikroobide leidumine merevees, et see võib olla düsenteeria edasikandjaks ja tekitada düsenteeriat laevadel. Oletades, et düsenteeria levib peamiselt kontaktelt ei tohi epideemiatõrje töös ignoreerida ka nakatumise võimalust mereveega. See kohustab meditsiinitöötajaid arutama merevee kasutamise küsimust majanduslikuks otstarbeks.

Kokkuvõte

1. Sadamas laevade ankruplatsidelt võetud 21 merevee ja 150 esemelt võetud proovist eraldati 5 düsenteeriamikroobide kultuuri.

2. Merevesi, mida kasutatakse laevadel majanduslikuks otstarbeks, võib põhjustada soolte nakkushaigusi.

3. Võimaluse korral on vaja piirata laevameeskondade kontakti saastunud pardataguse veega.

4. Laevade ankrukohtades on otstarbekohane uurida merevett düsenteeria, tüüfuse ja paratüüfuse rühma kuuluvate mikroobide suhtes.

О вопросе выделения микробов группы дизентерийных палочек из воды Таллинской бухты

А. Карапетян, Л. Гриншпун, А. Сафронов

Резюме.

Показано значение загрязненной морской воды в распространении дизентерии на судах. У борта судов, стоящих в гавани, взята 21 проба морской воды и исследовано 150 смывов с предметов внешней среды, загрязненных заборной водой. В результате бактериологического исследования из указанных проб выделено 5 культур дизентерийных микробов. Предлагается ввести в практику лабораторных исследований бактериологический анализ заборной воды на местах стоянки судов.

Düsenteeriamikroobide ravimresistentsuse määramisest

K. Ahhundova,

bioloogiateaduste kandidaat

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise
Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat
A. J a n n u s)

Käesoleval ajal rakendatakse nakkushaiguste ravimisel laialdaselt antibiootikume. Nende pereparaatide toime on paljude autorite (2) arvates tihedalt seostatud haigusetekiitajate esmase tundlikkusega tarvitatava ravimi suhtes. Isegi ühe bakteritelliigi tundlikkus sama ravimpreparaadi suhtes erineb mõnedel tüvedel järsult. Ravimi laialdasel kasutamisel suureneb tunduvalt tema suhtes resistentsete tüvede hulk.

Kirjanduses esineb rohkesti andmeid sulfaniilamiidresistentsete düsenteeriabakterite tüvede arvu suurenemisest (3). Viimastel aastatel märgivad uurijad düsenteeribakterite süntomütsiinresistentsuse kasvu.

Huvitav ja ka praktiliselt tähtis on asjaolu, et düsenteeria korral üldiselt kasutatavate laboratoorsete uurimismeetodite puhul ei täheldata ravimtüvede ja ravimresistentsete bakterite tüvede vahel olulisi erinevusi.

Seega on patogeensete mikroobide, sealhulgas ka düsenteeriategitajate, tundlikkuse uurimine bakterioloogialaboratooriumides käesoleval ajal tarvilik ja vältimatu.

Mikroorganismide tundlikkuse kindlaksmääramiseks ravimite suhtes on olemas kaks peamist meetodit: seeriaviisiline lahjendusmeetod ja nende difundeerimise meetod agaril.

Seeriaviisiline lahjendusmeetod vedelatel ja tahketel söötmetel põhineb antibakteriaalse aine vahetul toimel katsetatavatesse mikroorganismidesse ja annab vastuse, mis väljendub mikroobi kasvu pidurdava aktiivse aine ühikutes või mikrogrammides. Meetodi puuduseks on, et see nõuab palju aega uuritavate mikroobitüvede tundlikkuse määramiseks mitme antibiootikumi suhtes.

Difundeerimise meetodi puhul sõltub antibiootikumi toime mikroobisse esmajärjekorras mitte mikroobi tundlikkusest, vaid preparaadi difundeerimisvõimest, mis omakorda on seotud mitmete difundeerimist mõjustavate teguritega (8). Antibiootikumi agaril difundeerimise määr sõltub söötme koostisest, selle pH arvust, agari kontsentratsioonist, kihi paksusest, niiskusest ning külvatava bakteriaalse suspensiooni kontsentratsioonist, samuti ka preparaadi enda omadustest (8). Difundeerimise meetodil on rida modifikatsioone, milledest Bondi ja Spauldingi poolt (1947) esitatu nimetati «paberkettameetodiks». See meetod on võrdlemisi lihtne ja praktilistele laboratooriumidele kättesaadav.

Nõukogude Liidus rakendatakse paberkettameetodit mikroobide ravimresistentsuse määramiseks juba üle kolme aasta. Praegu on meil organiseeritud ka regulaarne antibiootikumidega immutatud ketaste tootmine (neid kettaid võib saada Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsusest). Ketaste valmistamisel valitakse ravimpreparaatide kontsentratsioon arvestusega, et ketaste ümber kujunevatel kasvupidurdamise vöönditel oleks kindel diameeter vastavalt katsetatava mikroobi mitmesuguse tundlikkuse astmele. Nende vööndite suuruse põhjal hinnatakse tulemusi.

Mikroorganismide tundlikkust määratakse järgmiselt (1):

Horisontaalsele pinnale asetatud 9,7—10 sm diameetriga steriilsetesse Petri tassidesse kallatakse igaühesse 20 ml sulatatud agarsöödet, mille pH on 7,2—7,3. Kallamiseks kasutatakse tavalist 10 ml mahuga pipetti, mille ots on 2—3 mm kõrguselt ära viilitud.

Söötmena eelistatakse liha-peptonagarit, mille valmistamine on lihtne ja koostis kaunis püsiv. Oluline on seejuures söötme pH arvu õige määramine ja selle kontrollimine pärast steriliseerimist.

Pärast agari jahtumist kantakse selle pinnale 1 ml katsetatavat kultuuri kahemiljardilises suspensioonis. Suspensiooni saamiseks uhitakse ööpäevast agarikultuuri füsioloogilise lahusega. Mikroobikehade kontsentratsioon määratakse bakteriaalse standardi järgi. (Bakteriaalseid standarte saadakse tasuta Tarashevitsi nimelisest Riiklikust Seerumite ja Vaktsiinide Kontrollimise Instituudist, Moskvast). Soolebakterite kiire paljunemise tõttu piisab suspensiooniks tavaliselt 7—8 milliliitrist füsioloogilisest lahusest.

		Väga tundlikud		Tundlikud		Vähetundlikud		Resistentsed		Kokku tüvesid	
		Tallinn	K-Järve	Tallinn	K-Järve	Tallinn	K-Järve	Tallinn	K-Järve	Tallinn	K-Järve
Streptomütsiin	Absoluut arvudes	2,7	6	140	47	72	2	19	—	258	55
	Protsentides	10,4	10,9	54,2	85,4	27,8	3,7	7,6	0	100	100
Biomütsiin	Absoluut arvudes	2,2	17	193	38	6	—	3,7	—	258	55
	Protsentides	8,5	31,0	74,8	69,0	2,3	0	14,4	0	100	100
Levomütsiin	Absoluut arvudes	2,9	1	100	2	1	1	12,8	51	258	55
	Protsentides	11,2	1,8	38,7	3,7	0,3	1,8	49,7	92,7	100	100

Joon. nr. 1

Tassi edasi-tagasi kallutades jaguneb suspensioon ühtlaselt agari pinnale, selle ülejääk aga eemaldatakse Pasteur'i pipetiga. Pärast seda kuivatatakse tass. Tähelepanekud näitavad, et kui suspensiooni ülejääk on hästi eemaldatud, siis piisab tassi kuivatamiseks 20 minutist 37° temperatuuri juures. Pärast kuivatamist asetatakse kettad pintsetiga külvatud agari pinnale üksteisest võrdsesse kaugusesse ning tassi servast vähemalt 2 sm kaugusele. Selle meetodiga võib ühes tassis kindlaks määrata külvatud kultuuri tundlikkust korraga mitme antibiootikumi suhtes, millede nimetused märgitakse tassi põhjale. Iga kultuuriga on soovitatav katset teha kahes tassis.

Ketastega tasse hoitakse toatemperatuuris 1 tund. Pärast seda aga kummulikeeratult 16—18 tundi termostaadis 37° temperatuuri juures.

Tulemuste hindamiseks mõõdetakse mitmeks kihiks kokkukeeratud millimeetripaberist valmistatud joonlauaga mikroobidevaba vööndi diameetrit ketta ümber. Kui pidurdumisvöönd puudub, siis viitab see mikroobi resistentsusele antud antibiootikumi suhtes. 15 mm diameetriga vööndit hinnatakse vähese tundlikkuse näitajana. 15—25 mm vööndi puhul kuulub mikroob antud antibiootikumi suhtes tundlike rühma. 25 mm ja suurema läbimõõduga vööndi puhul on katsetataval mikroobil kõrge tundlikkus vastava antibiootikumi suhtes.

Arvestades patogeensete mikroobide ravimtundlikkuse määramise tähtsust ja selle tehniliselt lihtsa meetodi juurutamise vajadust vabariigis, uuriti paberkettameetodi abil Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis kohalike düsenteeria-tekitajate tüvede ravimresistentsust.

Üldse uuriti Tallinnas ja Kohtla-Järvel eritatud 319 düsenteeria-kultuuri tundlikkust streptomütsiini, biomütsiini ja levomütsetiini suhtes. Nendest määras 209 kultuuri ravimresistentsuse meditsiiniteaduste kandidaat R. Rjuminskaja.

Tundlikkuse määramise tagajärjed on esitatud tabelis nr. 1.

Tabelis äratav tähelepanu süntomütsiiniresistentsete (need tüved on resistentsed ka levomütsetiini suhtes) düsenteeriabakterite tüvede kõrge protsent (Tallinnas ligikaudu 50 %, Kohtla-Järvel üle 90 %-di). Kohtla-Järvel ei avastatud üldse streptomütsiin- ja biomütsiiniresistentseid düsenteeriakultuure, Tallinnas aga moodustas see väikese protsendi kõigist uuritud kultuuridest. Uuritud tüved olid biomütsiini ja streptomüt-siini suhtes ühel või teisel määral tundlikud.

Pöördudes uuesti tagasi antud küsimuse meetodika juurde, peame eelkõige mainima, et kirjanduses leiduvad paberkettameetodi hinnangud on väga vasturääkivad, kusjuures enamik autoreist arvab, et meetod annab ainult orienteeriva kujutluse mikroobide tundlikkusest (4).

Tutvudes düsenteeriamikroobide tundlikkuse määramise tulemus-tega paberkettameetodi abil mitmesugustes Tallinna laboratooriumides, täheldasime tulemuste mõningat vasturääkivust ja instruksioonist kõrvalekaldu misi määramisel.

Seoses sellega kontrolliti mõnede katsetingimuste mõju. Selleks määrati iga kultuuri tundlikkus kahes tassis. Osutus, et enamikul juhtu-dest vööndite diameeter kummalgi tassil langes ühte, lahkumineku d olid vaid ± 2 mm piirides. Selle vahe võtsimegi lubatava veana.

Pärast seda jälgiti kokku 40-nel tüvel mikroobide erikontsentratsi-ooni (2 miljardit ja 500 miljonit mikroobi tassile külvatud 1 milliliitris bakteriaalses suspensioonis) mõju saadavale vastusele võrdsete tingi-muste juures.

Katsetati mitme söötmega ning uuriti seējuures samade tüvede tund-likkust erineval söötmel.

Võrreldi ka vastuseid ühel ja samal söötmel mitmesugustel tähtaega-del välja lastud (III 1957. a. seeria B 357 ja II 1958. a. seeria B 258) ketas-tega. Samuti jälgiti külvimeetodi ja tasside kuivatamise mõju.

Kontrollimiseks kasutasime oma töös standardseid kõrge tundlikku-sega tüvesid *B. subtilis* ja *B. mycoides*. (Mainitud tüvesid võib saada Tal-linna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist).

Kokkuvõttes võime öelda, et paberkettameetod on teataval määral ligikaudne ja keerukam kui esimesel pilgul näib. Muutused söötme koos-tises ja reaktsioonis, mikroobide kontsentratsiooni erinevus, diagnostiliste kettapartiide värskus ja iga isegi mitte eriti oluline kõrvalekaldu mine uurimise käigus mõjutavad düsenteeriamikroobide tundlikkuse määra-mise tulemusi.

Ebasobiva söötme kasutamine ja nõutavast meetodikast kõrvale-kaldumised võivad täiesti moonutada uurimise tulemusi.

KIRJANDUS. 1. Временная инструкция по определению чувствительности микро-бов к антибиотикам методом бумажных дисков. Утвержд. Комитетом по антибиотикам при Уч. сов. Минздрава СССР, 6 июня 1955 г. 2. Затуловский Б. Г. — Ж. микроб., эпидемиол. и иммунол. 5, 98—102, 1957. 3. Смолянская А. З. — Ж. микроб., эпидемиол. и иммунол. 3, 16—20, 1950. 4. Фомичев Ю. К. и Израитель Н. А. — Антибиотики, Медгиз, 2, 53—54, 1957. 5. Ширяева В. Н., Пономарева В. М., Русакевич Л. Д. — Ж. микроб., эпидемиол. и иммунол. 3, 67—70, 1955. 6. Якобсон Л. М. — Антибиотики, изд. ин. лит., вып. 5, 5, 1948. 7. Bondi, A., Spaulding, E. — цит. по Якобсону Л. М., 1948. 8. Welch, H. — Антибиотики, изд. ин. лит. 3, 23, 1957.

Об определении чувствительности дизентерийных бактерий к антибиотикам

К. Ахундова

Резюме

Определение чувствительности дизентерийных бактерий к антибиотикам является одной из необходимых предпосылок для обоснованного и эффективного антибактериального лечения дизентерии этими препаратами. Из широко известных методов определения чувствительности микробов к лекарственным веществам наиболее доступным для применения в практических лабораториях является метод бумажных дисков. Этот метод основан на диффузии в агар антибиотика, пропитывающего диск, концентрация которого подобрана с таким расчетом, чтобы зоны задержки роста вокруг дисков имели определенный диаметр при различной степени чувствительности испытываемого микроба.

Метод бумажных дисков был апробирован в Таллинском научно-исследовательском институте эпидемиологии, микробиологии и гигиены в отношении дизентерийных культур.

Среди местных штаммов дизентерийных бактерий был отмечен высокий процент синтиминоустойчивых штаммов (около 50% в г. Таллине и более 90% в г. Кохтла-Ярве). Эти факты требуют пересмотра ассортимента лечебных средств, применяющихся при дизентерии, и усиления внимания со стороны врача-инфекциониста к полноценному проведению назначаемых курсов антибиотиков. Целесообразно также более широкое внедрение в практику лечения дизентерии комбинированного применения антибиотиков как для повышения их действия, так и уменьшения количества образующихся резистентных форм.

Практика нашей работы показала, что метод бумажных дисков дает в известной мере приближенные результаты, но он может быть использован в практических лабораториях при условии тщательного выполнения всех требований инструкции.

Saavutustest ja ülesannetest tuberkuloositõrje alal¹

A. Goldberg,

Eesti NSV tervishoiu minister

Nõukogude võimu aastail on ehitatud Eestis uusi tööstusettevõtteid, loodud uusi tööstusharusid, taastatud purustatud linnu, ehitatud ja taastatud palju elukortereid, koole, lasteaedu, -sõimi, haiglaid, polikliinikuid, dispansereid ja teisi asutusi. Arstide arv vabariigis suurenes 1941. aastaga võrreldes rohkem kui 2,5 kordseks. Haigestumus ja suremus tuberkuloosi on vähenenud.

Statistiliste andmete põhjal oli kodanlikus Eestis haigestumus tuberkuloosi väga kõrge ning Eesti oli Euroopas ühel esimestest kohtadest tuberkuloosi suremuse suhtes. Vaatamata kõrgele haigestumisele ja suremusele puudus kodanlikus Eestis organiseeritud tuberkuloositõrje. Võitlust tuberkuloosiga teostasid ainult ühiskondlikud heategevad organisatsioonid. Maakonnalinnades olid organiseeritud kopsutuberkuloosi nõuandlad, mis tegelesid peamiselt tuberkuloosi diagnoosimisega. Haiged ravisid end oma kulul eraarstide juures.

Plaanipärast võitlust tuberkuloosiga alustati kogu vabariigi ulatuses alles Eesti astumisega NSV Liidu rahvaste vennalikkusse perre.

Pärast Eesti NSV vabastamist saksa anastajatest algas vajalike tuberkuloositõrje asutuste avamine ebasoodsates tingimustes. Sõja jooksul said Eesti NSV linnad tugevasti kannatada: Narva oli peaaegu hävitatud, Tallinnas ja Tartus ulatus purustuste protsent 50-ni; tugevasti said kannatada ka teised asulad. Arstide arv vabariigis oli vähenenud rohkem kui poole võrra. Vaatamata nendele sõjajärgsetele raskustele oli 1946. aasta algul meie tuberkuloositõrjeasutuste võrk sõjaeelsest suurem: vabariigis oli 4 tuberkuloositõrje dispanserit ja 10 tuberkuloosi-

¹ Avasõna vabariiklikul ftisiaatrite konverentsil Tallinnas 8. ja 9. mail 1958. a.

punkti, haigla- ja sanatooriumivoodeid tuberkuloosihaigetele oli 837. Tuberkuloosiasutustes töötas 24 arsti.

1958. a. algul oli vabariigis 20 tuberkuloositörje dispanserit, 2 rajoonihaigla dispanseerset tuberkuloositörje osakonda, 13 rajoonihaigla tuberkuloosikabinetti jne.

Iga tuberkuloositörje dispanseri juures on statsionaarsed osakonnad, röntgenikabinetid, kliinilised laboratooriumid. Tuberkuloositörje dispanserite ja rajoonihaiglate dispanseersete osakondade statsionaarides on 560 voodikohta. Peale selle on 400 voodikohta tuberkuloosihaiglates. Tallinnas on 150 voodikohaga kopsukirurgiahaigla meningiidiosakonnaga ning lastetuberkuloosihaigla 75 voodikohaga. Maarajoonides on 4 tuberkuloosihaiglat 135 voodikohaga, mida kasutatakse peamiselt krooniliste haigete ravimiseks ja isoleerimiseks.

Praegu on meie vabariigi sanatooriumides 1240 voodikohta mitmesuguse profiiliga. Tervishoiu Ministeeriumi asutustes töötab 229 tuberkuloosiarsti.

Nõukogude arstiteaduse saavutuste laialdase rakendamise tagajärjel paranes tuberkuloosi diagnoosimine ja tuberkuloosihaigete ravimine. Kasutatakse laialdaselt uusimaid ravimeetodeid, kaasa arvatud ka kopsu-tuberkuloosi kirurgiline ravi. Alates 1949. aastast vaksineeritakse vabariigis kohustuslikult kõik vastsündinud.

Kompleksse tuberkuloosivastase võitluse tagajärjel oleme saavutanud tähelepanuväärseid tagajärgi: esmane haigestumine tuberkuloosi väheneb pidevalt ja suremus on langenud.

Oleks ebaõige näha ainult saavutusi märkamata puudusi tuberkuloositörje alal.

Kui vastsündinute vaksineerimine on korraldatud rahuldavalt, siis vanemate laste revaksineerimine on mitmes kohas kuni käesoleva ajani formaalne. Vaksineerida tuleb kõik vastavaealised lapsed.

Mõned meditsiinitöötajad ei pööra tuberkuloosi profülaktikale vajalikku tähelepanu; nad arvavad, et kui haigestumus ja suremus vähenevad, siis ei ole enam vaja tuberkuloosile nii palju tähelepanu pühendada.

Meil on tõesti mõningaid saavutusi, kuid kahjuks ei lahenda need veel tuberkuloosiprobleemi. Tuleb visalt ja järeleandmatult jätkata üritusi tuberkuloosi haigestumise vähendamise alal.

Tuberkuloositörje probleem on kogu nõukogude ajaloo vältel olnud nii tuberkuloositörje alal töötajate kui ka kõikide teiste arstide tähelepanu objektiks. Eriti suur osa on pediaatritel, terapeutidel ja sanitaarteenistuse arstidel. Püsiva ning sihikindla tööga võime profülaktika varajase diagnostika ning ravimisega haigestumist tuberkuloosi tunduvalt vähendada, ootamata haiglate ja sanatooriumide voodikohtade arvu suurenemist, sest uute haiglate ning sanatooriumide ehitamiseks kulub veel mitu aastat. Kasutades olemasolevat materiaalselt baasi maksimaalselt ja ratsionaalselt võime saavutada tunduvalt suuremat edu tuberkuloosi haigestumise ja selle tagajärjel tekkiva invaliidsuse vähendamisel.

TUBERKULOOSITÖRJEST EESTI NSV-s

J. Varrik,

Vabariikliku Tuberkuloositörje Dispanseri peaarst

Pärast Suurt Isamaasõda algas tuberkuloositörje dispanserite taastamine ja uute asutamine ning jätkus tuberkuloosihaigete dispanseerimine. Elukondlike tingimuste paranemisega vähenes suremus. Alates 1951. aastast hakkas langema linnades esmaselt avastatud aktiivsete tuberkuloosihaigete arv (vt. tabel nr. 1).

Linnaelanike haigestumine tuberkuloosi.

Haigete arv 1951. aastal on märgitud 100-ga.

Aasta	1951	1952	1953	1954	1955
Haigete arv	100	92,6	83,3	74,1	69

Nagu tabelist nähtub, on esmaselt haigestunute arv linnades 1951. kuni 1955. aastani 31 protsendi võrra vähenenud, kusjuures täiskasvanute ja noorukite hulgas vähenes esmaselt haigestunute arv 26 protsenti ja laste hulgas 49,9 protsenti. Tallinnas vähenes esmaselt haigestunute arv sama perioodi jooksul 37,1 protsenti ja 1957. a. 48 protsenti.

Esmase luutuberkuloosi juhtude arv vähenes 1951. kuni 1957. aastani täiskasvanute hulgas 2,6, noorukite hulgas 3,9 ja laste hulgas 3,1 korda. Batsillieritajate arv esmaselt arvele võetute seas vähenes 1950. kuni 1955. aasta jooksul 59 protsendi, Tallinnas aga 75 protsendi võrra (tabel nr. 2. ja nr. 3).

Tabel nr. 2

Tuberkuloosipisikuid eritavad esmased haigestumised Eesti NSV linnades

Haigete arv 1950. aastal on märgitud 100-ga.

Aasta	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Pisikueritajate arv	100	77	60	39	36	39

Tabel nr. 3

Tallinn

Aasta	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Pisikueritajate arv	100	58	63	47	56	31	30	25

Esmaselt haigestunud laste arv vähenes rohkem kui kahekordselt. Täiskasvanute haigestumus vähenes 31, noorukite haigestumus 25 protsenti. 1957. aastal avastati esmaselt haigestunud linnades tuberkuloosikepikesi täiskasvanutel — 27, noorukitel — 14,8, lastel — 0,55 protsendil haigestunute. Tallinnas olid vastavad arvud täiskasvanutel — 27,7, noorukitel — 11 protsenti ja lastel 1 juhtum.

Tõhusama profülaktilise töö, eriti vanemate laste ja noorukite vaktsineerimise ning revaktsineerimise korral võiks haigestumus tuberkuloosi Eesti NSV-s olla madalam. Kui sünnitusmajades vaktsineeriti vast-sündinuid tuberkuloosi vastu 95—97%, siis täideti revaktsineerimise plaan 1957. aastal vabariigis ainult 51 protsendi ulatuses. Eriti halvasti kulgeb eelkooliealiste laste revaktsineerimine. 1956. aastal revaktsineeriti kaheaastastest lastest kõigest 3 protsenti ja 1957. aastal — 30 protsenti. Tallinnas revaktsineeriti kaheaastasi lapsi 17%. Järelikult jääb suurem hulk eelkooliealisi lapsi tuberkuloosinakkuse vastu ilma kaitseta. On aga kindlaks tehtud, et nakatumine enne viiendat eluaastat soodustab aktiivse tuberkuloosi arenemist edaspidi.

Puudulikult kasutatakse meil tuberkuliinidiagnostikat (Pirquet' reaktsiooni) tervete laste ja noorukite juures. Selle tõttu hilineb nakkuse avastamine lastel viraažiperioodil ning rakendatakse harva profülaktilist spetsiifilist ravi esmase tuberkuloosi lokaalsete vormide vältimiseks. Laste haigestumus tuberkuloosi võib väheneda lähemal ajal miinimumini, kui kõik lapsed tuberkuloosi vastu vaktsineeritakse ja rakendatakse üldtervistavaid abinõusid.

Olemasolevaid röntgen-fluorograafilisi seadmeid kasutatakse meil tuberkuloosi profülaktiliseks avastamiseks veel vähe.

Olukorra hindamiseks tuberkuloosivastase töö alal toome võrdluseks Ukraina NSV andmed, kus tuberkuloosialane aruandlus on teatavasti hästi korraldatud.

Ukraina NSV-s sureb 22-hest aktiivse tuberkuloosivormiga haigest üks. Eesti NSV-s aga 59 haigest üks isik. Tuberkuloosihaigete väiksem suremus Eesti NSV-s on arvatavasti seletatav antibakteriaalse teraapia laialdasema rakendamisega, sest haigete koosseis kliiniliste vormide ja destruktiivsete vormide arvu järgi meil ei erine peaaegu Ukraina NSV-st. Näiteks on Eesti NSV linnades kopsutuberkuloosihaigete hulgas batsillieritajaid 30,7 protsenti, Ukraina NSV-s — 32 protsenti. Destruktiivsete vormidega kopsutuberkuloosihaiged on nii Eestis kui ka Ukraina NSV-s 33 protsenti haigete üldarvust.

Meid häirib see, et vaatamata kopsukirurgia aktiivsusele, ravi-pneumotooraksile, laialdasele antibakteriaalsele ravimisele, väheneb küll batsille eritavate haigete arv, kuid ei vähene destruktiivsete tuberkuloosivormidega haigete arv.

Näib, et dispanserite arstid ei hinda küllaldaselt kopsutuberkuloosihai-ge terveks ravimise tähtsust just aktiivse kopsutuberkuloosi esmase puhangu perioodil, mil püsivaid ravitulemusi võib saavutada kiiremini kui pärast korduvaid ägenemisi.

Tuberkuloosi algperioodil ei ole kopsude kahjustatud piirkonnas eriti suuri muutusi, mille tõttu reparaatiivsed protsessid sel perioodil toimuvad palju kiiremini ja täielikumalt kui kroonilise protsessi puhul.

Kopsutuberkuloosi esmane puhang on võrdlemisi hõlpsasti ja kiiresti ravitav. Seepärast on väga tähtis iga avastatud haiget kindla plaani järgi ravida kuni tervistumiseni. Selline raviplaan on alati kompleksne. Iga jaoskonnaftisiaater peab pöörama peamise tähelepanu tuberkuloosihai-ge raviplaani õigele täitmisele kuni haige tervistumiseni.

Täiskasvanud kopsutuberkuloosihaigete ravimise puudulikkuse põhjuseks pole mitte ainult tuberkuloositõrje dispanserite arstide töö nõrk kvaliteet, vaid sageli ei ole võimalik haiget veenda pikaajalise ravi vajaduses. Need on töötavad haiged, kes ei ole nõus jääma pikemaks ajaks haiguspuhkusele. Teise grupi invaliidid aga jätkavad tööd, rikkudes sellega vajalikku ravirežiimi. See takistabki kopsutuberkuloosihaigete raviplaani täitmist.

Enamik haigetest tunneb end aktiivse kopsutuberkuloosi puhangu algperioodil pärast lühiajalist ravimist suhteliselt hästi, sest intoksikatsiooni-nähtud kaovad, kuigi tuberkuloosiprotsess jääb veel aktiivseks ja kalduv progresseerumisele. Sellistele haigetele on sageli võimatu selgeks teha, et tuleb jätkata vajalikku ravirežiimi.

Tõsiseks takistuseks ratsionaalse ravi rakendamisel on ka vajalike voodikohtade vähesus statsionaarides täiskasvanud kopsutuberkuloosihai-ge te jaoks, eriti aga sanatooriumides. Haiglates on meil täiskasvanud kopsutuberkuloosihai-ge te 825 kohta, neist spetsiaalses kopsukirurgia-haiglas 150 kohta ja neljas maahaiglas 135 voodikohta, mida kasutatakse peamiselt krooniliste haigete hospitaliseerimiseks.

23 dispanseri ja tuberkuloosikabineti statsionaaris on täiskasvanutele 500 kohta, kus toimub esmaselt haigestunud lühiajaline ravimine, diagnoosi täpsustamine ning õhkrinna rajamine. Pikemaajaliseks ravimiseks dispanserite statsionaarid ei sobi. Enamik esmaseid haiged vajab pärast dispanseri statsionaaris viibimist pikemaajalist sanatoorset ravi kestusega kolmest kuni kuue kuuni, tüsistunud juhtudel aga veel kauemini.

Praegu praktiseeritav esmaste haigete kahekuuline sanatoorne ravimine ei ole küllaldane. Sanatoorse ravi lühiajalisus ongi peamisi põhjusi, miks dispanserites suureneb krooniliste haigete hulk.

Voodikohti kopsutuberkuloosihaigetele on meie vabariigi sanatooriumides 350. Kuurõrtide valitsusele alluv isemajandav sanatoorium ei oma kopsutuberkuloosi aktiivse vormiga haigete ravimisel olulist tähtsust.

Esmajärjekorras suunatakse sanatooriumidesse haiged pärast kopsuoperatsioone. Enamikul nendest haigetest tuli raviaega pikendada. Selle tõttu pääses sanatooriumidesse haigeid sedavõrd vähem. Paljusid esmasid kopsutuberkuloosihageid ravitakse ambulatoorselt, peamiselt antibakteriaalsete ravimitega, sageli pealegi lühikest aega ning korrapäratult.

Ravimises ei tohi olla lünki. Haige veenmiseks pikaajalise süstemaatilise ravi vajaduses tuleb kasutada kõiki abinõusid.

Õigeaegse antibakteriaalse ravi tagamiseks esmastele haigetele tuleb luua dispanserites streptomütsiini, PAS'i ja ftivasiidi erifond, millega likvideeritakse vaheajad antibakteriaalse ravi tsüklites. Esmaste haigete kestvamaks ravimiseks tuleb maksimaalselt kasutada statsionaarides ja sanatooriumides olemasolevaid voodikohti. Samuti tuleb maksimaalselt kasutada vabariigi materiaalselt baasi tuberkuloosi ravimiseks haiguse algfaasides, millal tervistumine on veel võimalik võrdlemisi lühikese aja jooksul ja ilma kirurgilise vahelesegamiseta.

Ambulatoorse ravimisega ei ole sageli võimalik saavutada kopsutuberkuloosihaigete püsivat kliinilist tervistumist. Kõikidest aktiivse tuberkuloosi vormidest esineb meil kopsutuberkuloosi 92 protsenti, luuja liigesetuberkuloosi 3,4 protsenti. Aktiivset kopsutuberkuloosi põdevaist haigetest on 83,8 protsenti täiskasvanuid, 5,2 protsenti noorukeid ja 11 protsenti lapsi.

Tuberkuloosi haigestumuse vähendamiseks tuleb meie vabariigis esmajärjekorras suurendada statsionaarsete voodikohtade arvu täiskasvanud kopsutuberkuloosihaigetele. See ongi ette nähtud lähemate aastate jooksul, sest 1962. aastaks suureneb vastavate voodikohtade arv haiglates 500 ja sanatooriumides samuti 500 võrra.

Seni on aga mõningaid võimalusi täiskasvanud kopsutuberkuloosihaigete statsionaarse ravi parandamiseks. Pühajärve sanatooriumi võtmine riigieelarvele võimaldaks täiendavalt juurde saada 100 voodikohta. Voodikohtade arvu on võimalik suurendada ka Seli ja Taagepera sanatooriumides, kui sanatooriumide ruumides elunev personal ümber paigutada neile ehitatavasse elamusse.

Varajane diagnostika ja tuberkuloosi põdevate täiskasvanute ning noorukite süstemaatiline kompleksne ravimine kuni püsiva tervistumiseni väldib kaugelearenenud krooniliste tuberkuloosivormide tekkimist.

Kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi hästi arenenud baas meie vabariigis võimaldab ravida kõiki kavernidega kroonilisi tuberkuloosihageid, kellele selline ravi on näidustatud.

Haigete õigeaegseks avastamiseks tuleb tõsta kõigi raviasutuste arstide teadmisi tuberkuloosi diagnoosimise ja kliiniku alal. Ftisiaatrid aga peavad selles suunas püsivalt töötama, korraldades süstemaatiliselt ühiseid haigete läbivaatusi, konsultatsioone, seminare tuberkuloosi diagnostika ja kliiniku alal nii pediaatriatele, terapeutidele kui ka kirurgidele.

Tervishoiuosakondade juhatajad ja rajoonide peaarstid peavad pöörama rohkem tähelepanu tuberkuloositõrje küsimustele, nagu meditsiinitöötajate seminaride organiseerimine tuberkuloosi diagnostika ja kliiniku alal ning epideemiatõrjeteenistuse töötajate aktiivsema osavõtu nõudmine tuberkuloosialastest profülaktilistest üritustest. Linnades tuleb laialdasemalt kasutada röntgeniappareate elanikkonna massiliseks läbivaatuseks. Täielikult tuleb ära kasutada fluorograafiseadmete võimsust.

Maaelanikkonna järelevaatuseks tuberkuloosi suhtes tuleb muretseda kaks fluorograafi vastavatel autodel koos elektrigeneraatoritega.

1958. kui 1965. aastani tuleb organiseerida tuberkuloosikabinetid kõigis rajoonihaiglates.

Seni on meie vabariigis ka tuberkuloosiküsimusi käsitlev sanitaarharidustöö nõrk. Sanitaar-epidemioloogia alal töötajad on aga eemaldunud tuberkuloosi profülaktika ja epidemioloogia probleemide lahendamisest.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium püstitas ülesande likvideerida tuberkuloos NSV Liidus lähema 15—20 aasta jooksul. VI Üleliiduline ftisiaatrite kongress 1957. a. aga kinnitas selle ülesande täitmise reaalsust.

О борьбе с туберкулезом в Эстонской ССР

И. Варрик

Резюме

После Великой Отечественной войны в Эстонской ССР приступлено было к восстановлению имевшихся и строительству новых тубдиспансеров. Одновременно было возобновлено диспансерное обслуживание туберкулезных больных.

Начиная с 1951 года количество первично выявленных больных активной формой туберкулеза в городах республики с каждым годом заметно уменьшается. Значительно снизился процент смертных случаев.

Вакцинация новорожденных в родильных домах достигает 95—97%. Хуже обстоит вопрос ревакцинации детей дошкольного возраста. Недостаточно применяется туберкулиновая диагностика.

Несмотря на активные методы легочной хирургии и широкого применения антибактериальных средств, количество больных с деструктивной формой туберкулеза очень медленно снижается. Легочный туберкулез в первичной стадии легко поддается лечению. Поэтому крайне важно каждого выявленного больного в обязательном, плановом порядке лечить до полного его выздоровления.

Существенным препятствием для рационального проведения курса лечения является отсутствие в стационарах достаточного количества коек для взрослых. Недостаточным является и ныне практикующееся ограниченное, двухмесячное санаторное лечение первично заболеваемых туберкулезом.

С целью обеспечения своевременного антибактериального лечения первично заболеваемых крайне необходимо в тубдиспансерах создать особый фонд таких лечебных средств, как стрептомицин, ПАСК, фтивазид и др., что позволит ликвидировать наблюдающиеся перерывы в лечении больных.

Для эффективного снижения заболеваемости туберкулезом в республике следует в первую очередь увеличить в стационарах и санаториях число коек для взрослых.

Во всех лечебных учреждениях необходимо повысить уровень знаний врачей в области диагностики и клиники туберкулеза, что, несомненно, будет способствовать своевременному выявлению заболеваемости. Необходимо в полной мере использовать флюорографическое оборудование.

В течение 1958—1965 гг. следует организовать во всех районных больницах противотуберкулезные кабинеты.

В республике неудовлетворительно проводится санитарно-просветительная работа по вопросам туберкулеза. Санитарно-эпидемиологические работники отошли от решения проблем профилактики и эпидемиологии туберкулеза.

У нас имеются все возможности для того, чтобы в течение трех-четырех пятилеток ликвидировать туберкулез как распространенное заболевание.

Tuberkuloosi pikaajalisest ravimisest antibakteriaalsete preparaatidega

NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia korrespondeeriv liige
professor N. Šmeljov ja Z. Šavrova

Referaat

Pikemaajaline ja katkestamata ravi antibakteriaalsete preparaatidega on uusi printsiipe tuberkuloosi teraapias. Esimestel aastatel pärast spetsiifiliste preparaatide avastamist rakendatud lühiajalised (2—3 kuud kestvad) kemoterapiakuurid ei olnud piisavad.

Enne antibiootikumide ajastut esines harva täielikku tervistumist tuberkuloosist. Isegi vähelevinud tuberkuloosivormid progresseerusid aeglaselt, kuid kõrvalekaldumatult. Rahu võimaldamise ja sümptomaatiliste vahendite rakendamisega püüti protsessi nõrgendada ja stabiliseerida. Antibakteriaalsete preparaatide kasutusele võtmisega saavutati see eesmärk aga palju kiiremini ja esialgu näisid tulemused olevat küllaldased.

Edaspidised kogemused näitasid, et ravimite õige kasutamise ja vaheldumisi manustamise puhul võivad imenduda isegi säärased muutused, mida varem peeti parandamatuteks. Sellega kerkis üles uus ülesanne — ravida kuni tervistumiseni.

VI üleliidulisel ftisiaatrite kongressil esitas A. Lapin andmeid selle kohta, et fibro-kavernoosne tuberkuloos esineb 12 protsendil kopsutuberkuloosihaigetest. Enamik neist põeb koldelist kopsutuberkuloosi (37%); sellele järgneb infiltratiivne kopsutuberkuloos (27%) ja kolmandal kohal dissemineerunud kopsutuberkuloos (17%). Kokku moodustavad need kolm vormi 81 protsenti kõigist kopsutuberkuloosi juhtudest. Nendele täiskasvanutel kõige sagedamini esinevatele tuberkuloosivormidele võivad just bakteriaalsed preparaadid avaldada kõige tõhusamat toimet.

Ravimine keemiliste ainetega sõltub otseselt selle kestusest. Seda näitasid kõige veenvamalt NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia teraapiakliiniku materjalid, mille analüüsimisel selgus, et antibakteriaalseid preparaate kasutati mitmesugustes kombinatsioonides. Kõige sagedamini kasutati streptomütsiini + PAS'i ja ftivasiidi + PAS'i, manustades neid iga päev optimaalsetes annustes (1 g ftivasiidi ja streptomütsiini ning 9—12 g PAS'i ööpäevas). Ravi toimus ainult statsionaarselt.

Ravi tulemused 572 koldelise, infiltratiivse ja dissemineerunud protsessiga tuberkuloosihaiged olid järgmised.

Pärast kolmekuulist ravi täheldati tunduvat paranemist 32,3 protsendil haigetest. Pärast kuuekuulist ravi tõusis paranenute protsent enam kui kahekordseks (72,5%). Üheksakuulise ravi tagajärjel paranes 83,1 protsenti haigetest.

Tunduva paranemise all mõeldakse desintoksikatsiooni, infiltratiivsete ja värskete koldeliste nähtude imendumist, kaverni sulgumist ning BK kadumist rögest.

Raviaja pikendamine suurendab ravimite tõhusust eriti infiltratiivse kopsutuberkuloosi puhul. Pärast kolmekuulist ravimist imendusid infiltratiivsed pneumoonilised nähud täielikult ning destruktiivsed õoned kadusid 35,1 protsendil haigetest, antibakteriaalse ravi pikendamisel kuue kuuni täheldati tunduvat paranemist 70 protsendil haigetest ning üle poole aasta kestnud ravi puhul 90,9 protsendil.

Kolmekuulise kestusega hematogeense dissemineerunud kopsutuberkuloosi ravi aeg on liiga lühike ja paranenute protsent on siin tunduvalt madalam (28,5) kui teiste tuberkuloosivormide puhul. Pikema ravi kestel võivad vähemad hematogeensed disseminatsioonikolded imenduda ja õhukeste seintega kavernid kinni kasvada. Kolm kuni kuus kuud kestnud ravi tagajärjel keemiliste preparaatidega paranes 69,1 protsenti ja kuus kuni üheksa kuud kestnud ravi tagajärjel 80 protsenti haigeist. Lõplikult paranenute arv on väiksem kui infiltratiivse tuberkuloosi puhul, sest sellesse rühma satub kaunis palju krooniliste protsessidega ja tunduva kopsufibroosiga haigeid.

Koldelise tuberkuloosi ravimisel keemiliste preparaatidega saavutatakse maksimaalseid tulemusi poole aasta jooksul. Edasine ravimine paranenute arvu tunduvalt ei tõsta (33,3% kuni kolmekuulise ravikuuri puhul, 78,3% kuue kuni üheksakuulise ravimise puhul). Sellesse haigete rühma satuvad eri geneesiga ja mitmel viisil piirdunud protsessiga haiged. Võrdlemisi kergesti regresseeruvad väikesed, piirdunud hematogeense disseminatsiooniga kolded. Imenduvad ka lümfogeensed külvid

infiltraatide piiril. Halvemini regresseeruvad võrdlemisi suured kapseldunud tuberkuloosikolded, mida täpsemalt saab välja selgitada ainult tomograafilise uurimisega ja mis seetõttu satuvad tavalise koldelise tuberkuloosi rühma. Antibakteriaalsete preparaatidega ravimise tagajärjed on nõrgemad vana tuberkuloosse fibroosi taustal kulgeva kopsukoe destruktsiooni puhul.

Kemoterapial on kaks kõige olulisemat ja kindlamat näitajat: kavernide sulgumine ja tuberkuloosikepikeste kadumine rögast.

Kõige sagedamini sulguvad kavernid infiltratiivse tuberkuloosi puhul (97%). Nende kadumine algab varem kui teiste vormide korral, sageli juba esimese kuu jooksul pärast keemiliste vahendite rakendamise algust. Lõplikult sulguvad kavernid siiski alles pärast visa — kuni kümme kuud kestvat ravimist.

Sulgunud kavernide protsent on kõige väiksem koldelise tuberkuloosi puhul. Vaatamata kahjustuse piiratusele, ei võimalda fibroosse kopsukoe vähene elastsus ja pleura liitumine väheliikuva roietekaare puhul kavernidel hästi kinni kasvada.

Tuberkuloosi ravimisel keemiliste preparaatidega sulguvad kavernid põhiliselt kolmandal kuni neljandal ravikuul. Selle aja jooksul tuleb läbi mõelda ka edasise taktika küsimus. Kui kaverni õõs väheneb ja seinad imenduvad, tuleb ravi jätkata. Kui aga keemiliste vahendite rakendamine ei anna eriti häid tagajärgi, tuleb koos kirurgiga määrata operatiivne ravi.

Tuberkuloosikepikesed hakkavad antibakteriaalse ravi toimel rögast kaduma enne kaverni kadumist. Kaverni ja bronhiseinte tervistumist (ei tohi unustada viimast kui rögas leiduvate tuberkuloosikepikeste allikat) täheldatakse sageli esimesel ravikuul. Täielikult selgub keemiliste ainete tervistav toime alles poole aasta möödumisel.

Pärast kaverni sulgumist ja tuberkuloosikepikeste kadumist rögast ei tohi veel antibakteriaalsete preparaatide manustamist lõpetada, vaid seda tuleb jätkata kuni tuberkuloosinähtude lõpliku kadumiseni. Lühike ravikuur võib anda esialgse efekti, kuid kogemused näitavad, et see ei ole alati püsiv. Hiljem võib haigus retsidiveeruda ja mõnikord tekib kahjustatud kopsupiirkonnas uus kavern.

Kuni kolm kuud kestnud antibakteriaalse ravi puhul esineb ägenemise juhtumeid 20,8 protsendil haigetest. Pärast lühiajalist ravi on ägenemine eriti sagedane infiltratiivsete tuberkuloosivormide puhul (59%). Kolme- kuni kuuekuulise kestusega ravi puhul väheneb kolme tuberkuloosi põhivormi ägenemise juhtude protsent kuni 11,3, üle kuue kuu kestva ravi puhul aga 6,1 protsendini juhtudest. Kõikidel juhtudel oli ägenemine seostatud järskude muutustega elutingimustes.

Pikemaajaline ravimine keemiliste ainetega soodustab tervistumist ja aitab vältida retsidiive.

Põhiliselt sõltub tuberkuloosist tervistumine organismi kaitsejõududest ja immuunsusest. Tugeva immuunsuse puhul piisab sellest, kui aitame organismil puhangust üle saada. Spontaanseid tervistumise juhtumeid tuberkuloosist esines ka enne antibiootikumide ajastut, kuigi harva.

Pole sugugi lihtne paljude kuude kestel järjest manustada keemilisi preparaate ja antibiootikume. Paljudel haigetest tekivad mitmesugused kõrvalnähud, mõned aga ei talu neid üldse.

Kui antibakteriaalsete preparaatide kõrvalnähud tekivad pärast neli kuni viis kuud kestnud ravi ja värskete tuberkuloosikollete imendumist, võib rakendada tsüklilist ravikuuri. Pärast võimalikult pikemaajalist ravikuuri tehakse kahe- kuni kolmekuuline vaheaeg, mille järel määratakse uuesti antibakteriaalseid preparaate. Järgnevad ravikuurid on põhikuurist lühemad ja vältavad kaks kuni kolm kuud. Neid korratakse

kuni kõikide potentsiaalsete aktiivsete tuberkuloossete muutuste imendumiseni.

Tuleb meeles pidada, et antibakteriaalsete preparaatide korduv tarvitamine tuberkuloosi retsidiivi puhul ei anna alati nii tõhusaid tagajärgi kui nende esmakordne manustamine.

Korduva ravikuure määratakse tuberkuloosi ägenemise puhul, eriti kevadel ja sügisel, ning tingimata ka mitmesugustel kõrvalekaldu-mise juhtumitel tavalises elukäigus (abort, pingutav töö jne.).

Haigete tsüklilisel ravimisel tuleb korduva ravikuure tingimata jätkata aasta jooksul pärast põhikuuri, soovitatav kaks aastat järjest. I. Zankissovi analüüs näitas, et pärast lühikesi ravikuure tekib 55 prot-senti ägenemisjuhtudest esimese aasta jooksul, teisel aastal on see prot-sent 27, kolmandal aastal 13 ning pärast seda ainult 6.

Varem kindlaksmääratud skeemi järgi raviti tsükliliselt korduvate kuuridega 14 kavernoosse tuberkuloosiga haiget. Ravi kestel sulgusid kõi-kidel kavernid ja imendused aktiivsed tuberkuloosikolded (M. Sahharova andmeil). Mitu haiget paranes tunduvalt pärast tsüklilist kuuri ambula-toorsetes tingimustes (A. Babkova andmeil).

Need tähelepanekud lubavad soovitada mainitud meetodit juhtudel, kui kestev ravimine keemiliste preparaatidega on raske ja tekitab talu-matust.

Lühiajalised kuurid, ravi põhjendamata katkestamine ja väikesed ravimiannused põhjustavad kroonilisi ning halvasti paranevaid tuberku-loosivorme. Antibakteriaalse ravi vale meetodika tekitab aga ravim-resistentsete tuberkuloosikepikeste tüvesid ning muudab antibakteriaal-sete preparaatide toimet haige organismi suhtes, mille tõttu ei saavuta-tagi soodsaid ravitulemusi.

Refereerinud H. R o o t s

ajakirjast «Проблемы туберкулеза», 7, 50—55, 1957.

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS'E kasvatamisest kanaembrüos

Dotsent S. Laanes

(Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist — juhataja Eesti NSV teeneline teadlane meditsiiniteaduste doktor professor F. L e p p)

Tuberkuloositekitajate kasvatamine kunstlikel söötmeil on olnud üle 75 aasta aktuaalseks probleemiks. Röhuva enamiku mikroobide keskmine pooldumisaeg söötmeil on kuni pool tundi, samal ajal on see J. M. Gutiérrez-Vázquez'i (1) andmeil tuberkuloositekitajail 18—24 tundi parimail munasöötmeil.

Tuberkuloositekitajate aeglasest ja vähesest kasvust tingituna otsi-takse üha uusi ja paremaid võimalusi nende kasvatamiseks. Selle asjaolu tõttu hakati katsetama ka kanaembrüotega. Pärast seda kui käesoleva sajandi 30-ndail aastail võeti kanaembrüo kasutusele viiruste kasvata-miseks, kasutasid E. W. Goodpasture ning K. Anderson (2) seda söötme-substraadina mitmesuguste mikroobide, muuhulgas ka tuberkuloosi-tekitajate kasvatamiseks.

Mycobacterium tuberculosis'e kasvatamiseks kanaembrüos kasuta-takse mitmesuguseid nakatamisviise, nagu materjali viimist koorional-lantoiis kestale, rebukotti, amnioni õõnde, allantoiis veeni harudesse jne.

Kanaembrüote hävimise vältimiseks nakatamise traumast eelista-takse enamiku autorite poolt tehniliselt lihtsamaid meetodeid, nagu koorionallantoiis- ja rebukotimeetodit. Eriti soovitatav on koorionallantoiis-meetod, sest sel juhul tuberkuloos ei levi embrüole, millega välditakse ühtlasi embrüote enneaegset hävimist.

Vaieldavaks osutub tuberkuloositekitajate minimaalne nakatav annus kanaembrüole. R. J. Dubos', B. D. Davis'e, G. Middlebrook'i ning C. Pierce'i (3) järgi on minimaalseks annuseks 10^{-4} mg mikroobe, kuid A. H. Eggerth, E. Dresher ning V. C. McOsker (4) said muutusi veel annuste 10^{-6} mg ja 10^{-7} mg nakatamisel.

Tuberkuloosse nakatuse kindlakstegemiseks kasutatakse tehniliselt küllaltki keerulist koorionallantoisi kesta patoloogilis-histoloogilist uurimist, nagu seda kirjeldavad L. Costil ning F. Bloch (5), R. Schürmann (6) jt. Kuid diagnostikas on patoloogilise materjali uurimiseks alati eelistatavamad võimalikult lihtsamad meetodid, näiteks koorionallantoisi kesta uurimiseks võiks olla kas bakterioskoopiline või bakterioloogiline meetod [P. A. Bunn, F. Robinson ning W. Osborne (7)].

Kirjanduse andmeil kasutasid E. McNelly ning W. A. Riddell (8) esmakordselt kanaembrüot tuberkuloositekitajate isoleerimiseks patoloogilisest materjalist võrdlevate külvidega munasöötmetele, kusjuures said võrdelt positiivseid tulemusi, sealjuures aga varem kanaembrüo kasutamisel.

G. D. Hsiung'i ning L. D. Haley' (9) andmeil võib aga munasöötmeil isoleerida tuberkuloositekitajaid 36 protsendil juhtudest enam kui kanaembrüo koorionallantoisi kestalt.

Seevastu soovivad J. Reiss ning S. M. Townsend (10) kasutada igapäevases laboratoorses praktikas kanaembrüot tuberkuloositekitajate isoleerimiseks, sest tuberkuloositekitajaid võib leida hiljemalt 10—12 päeva jooksul koorionallantoisi kesta bakterioskoopilisel uurimisel, söötmeil on nende kasv harva täheldatav.

Kirjanduse andmeist ei selgu, kuivõrd on rakendatav koorionallantoisimeetod *Mycobacterium tuberculosis*'e isoleerimiseks patoloogilisest materjalist ja oleks väiksem kanaembrüot nakatav tuberkuloositekitajate annus. Lähtudes tuberkuloosi varajase diagnoosimise meetodite täiendamise vajadusest, oli käesoleva töö ülesandeks bakterioloogiliste uurimismeetodite abil *Mycobacterium tuberculosis*'e kindlakstegemine erinevate kultuuriannustega nakatatud kanaembrüotest ja *Mycobacterium tuberculosis*'e isoleerimine patoloogilisest materjalist kanaembrüo kasutamisel söötmesubstraadina.

Materjal ja metoodika. Käesolevas töös kasutati valgete Leghorn kanade kuni 5 päeva seisnud viljastatud mune, mida inkubeeriti termostaadis 37° — 38° C temperatuuri juures 6—8 päeva.

Esiialgu kasutati kanaembrüote nakatamiseks tuntud omadustega *Mycobacterium tuberculosis* var. *hominis* tüve H37Rv kultuuri suspensioone annustes 10^{-1} mg kuni 10^{-10} mg, mille valmistas W. F. Drea (11) kirjeldatud viisil.

Kanaembrüo kui söötmesubstraadi nakatamiseks vajalikud kultuuriannused manustati koorionallantoisile 8 päeva inkubeeritud muna koosseisus tehtud kolmnurkse ava kaudu F. M. Burnet' (12) meetodil. Peale nakatamist suleti ava steriilse katteklaasi ja parafiini-vaseliinisegu abil.

Osali juhtudest süstiti materjal allantoisiõõnde A. K. Šubladze ning S. J. Gaidamovitši (13) poolt kirjeldatud Andžapardize meetodil.

Mõlema meetodi puhul manustati nakatamiseks vajalik kultuuriannus suspensioonina 0,1 ml koguses. Samade kultuuriannustega nakatati üheaegselt 3—5—10 kanaembrüot.

Töö teises osas kasutati kanaembrüote nakatamiseks patoloogilist materjali, nagu liikvorit ja pleurapunktaate. Uuritav materjal manustati 0,2—0,5 ml koguses koorionallantoisile.

Rebukotimeetodit kasutati A. J. Rhodes'e ning C. E. Rooyen'i (14) poolt kirjeldatud viisil kuue päeva vanuste kanaembrüote nakatamiseks. Materjali süstiti 1 ml. Samades tingimustes nakatati kolm kuni neli embrüot. Peale nakatamist asetati need 3—5 päevaks termostaati 37° — 38° C temperatuuri juures.

Mycobacterium tuberculosis'e kasvu jälgimiseks kanaembrüos kasutati bakterioloogilisi uurimismeetodeid, mis on lihtsamad ja kiiremini teostatavad võrreldes R. Schürmann'i (6) jt. poolt kirjeldatud patoloogilis-histoloogilise uurimisviisiga.

Nakatatud munad avati kolmandal ja viiendal päeval. Tuberkuloositekitajate kindlakstegemiseks võeti osal juhtudest äigepreparaadid külviaasaga koorionallantoisi kesta pinnalt; samal ajal tehti ka külvid samal viisil 3 MA-söötmele (15).

Rebukoti nakatatud munadest külvati 0,5 ml rebukotisisaldist viiendal päeval 3 MA-söötmele.

Osal juhtudest kasutati tuberkuloositekitajate avastamiseks flotatsioonimeetodit. Olenevalt nakatamisviisist peenestati kas koorionallantoisi kest või rebukotti koos sisuga steriilses uhmris ja valmistati suspensioon 5 ml füsioloogilises lahuses. Sellest valmistati flotatsioonimeetodil igast materjalist 2 preparaati. Igast uuritavast patoloogilisest algmaterjalist tehti preparaadi flotatsioonimeetodil ja samuti otsekülvid 2 MA-söötmele.

Preparaadid värviti Ziehl-Neelsen'i meetodi järgi. Kultuurides jälgiti kasvu ilmumist kahe- kuni viiepäevaste ajavahemikkude järel 2 kuu jooksul.

Tulemused.

Käesoleva töö esimeses osas viidi tuberkuloositekitajate kasvatamiseks kanaembrüüd *Mycobacterium tuberculosis*'e tüve H37Rv mitmesuguste kultuuriannustega koorionallantoisi kestale ja allantoisiõnde.

Katsete esimeses seerias manustati tuberkuloositekitajate kultuur sajale kaheksa päeva vanusele kanaembrüole annustes 10^{-1} mg kuni 10^{-10} mg. Neist hukkus 41 suuremate kultuuriannustega nakatatud kanaembrüüt. Kolmandal päeval täheldati nähtavaid sõlmekehi koorionallantoisi kestal ainult 2 juhul. Aeg selliste muutuste tekkeks oli veel varajane, sest L. Costil'i ning F. Bloch'i (5) andmeil võib näha valkjaid sõlmekehi alates seitsmendast päevast. R. Schürmann'i (6) järgi võib neid leida veresoonte ümber nakatuskohal harva ka juba kolmandal päeval, enamasti aga alles viiendal päeval. Koorionallantoisi kehalt võetud äigepreparaatides leiti tuberkuloositekitajaid ainult üksikutel juhtudel ja pinnalt külviaasaga võetud külvidest osutusid külviannuks 10^{-1} mg kuni 10^{-4} mg puhul viis protsenti positiivseiks. Väiksemate annuste puhul täheldati kasvu ainult viiel protsendil juhtudest.

Teise katseseeria puhul viidi igat kultuuriannust viiele kaheksa päeva vanusele embrüole nii koorionallantoisi kui ka allantoisi õnde. Allantoisi õnde viidud kultuur kahjustas embrüoid vähem (hukkus ainult 4 protsenti embrüotest) kui koorionallantoisi viidud kultuur (hukkus 44 protsenti). Kolmandal päeval leiti allantoisi vedelikust tehtud äigepreparaatides tuberkuloositekitajaid 26 protsendil ja koorionallantoisi kehalt 22 protsendil juhtudest.

Kolmanda katseseeria puhul nakatati 85 kaheksa päeva vanust kanaembrüüt ja uuriti neid kolmandal ning viiendal päeval. Äigepreparaatide bakterioskoopilisel uurimisel leiti tuberkuloositekitajaid kolmandal päeval 21 protsendil ja viiendal päeval 5 protsendil kanaembrüotest. F. Bloch'i ning L. Costil'i (16) andmeil leidub paljunevaid mikroobe vabalt ektodermi pinnal just kolmandal päeval, hiljem neid enam ei leidu.

Arvestades tuberkuloositekitajate vähesust äigepreparaatides uuriti kogu koorionallantoisi kesta flotatsioonimeetodi järgi. Selleks nakatati neljandas seerias 84 kanaembrüüt kultuuriannustega 10^{-1} mg, 10^{-6} mg kuni 10^{-10} mg. Tuberkuloositekitajaid leiti sel juhul isegi veel kõigis kultuuriannustega 10^{-7} mg nakatatud kanaembrüotest flotatsioonimeetodi järgi valmistatud preparaates. Selline kultuuriannus on küllaltki väike ja vastavast kultuurisuspensioonist samal viisil valmistatud preparaadides pole mikroobide leid tõestatav.

Töö teises osas rakendati kanaembrüoid tuberkuloositekitajate avastamiseks patoloogilisest materjalist võrdluseks bakterioskoopilisele, bakterioloogilisele ja osalt ka bioloogilisele meetodile.

Viieteistkümnelt uuritud patoloogilisest materjalist isoleeriti tuberkuloositekitajaid kanaembrüost kümnel juhul. Algmaterjalist tehti tuberkuloositekitajad kindlaks kahel juhul flotatsioonimeetodiga bakterioskoopilisel uurimisel. Külvides kasvasid need ühel juhul 14. päevaks. Kõik 15 juhtu uuriti nii koorionallantoisi kui ka rebukotiimeetodi abil. Seejuures sedastati 7 juhul tuberkuloositekitajaid koorionallantoisi kehalt flotatsioonimeetodi järgi valmistatud preparaates juba kolmandal päeval ja 2 juhul viiendal päeval. Ühel juhul oli leid ainult rebukotisisaldisest tehtud külvil positiivne 15. päeval. Selle uurimine koorionallantoisiimeetodil jäi negatiivseks. Samal ajal nakatas E. Türi (17) võrdluseks merisigu intratestikulaarselt kaheksa sama patoloogilise materjaliga. Nende materjalidega nakatatud merisigadel leiti tuberkuloositekitajaid viiel juhul, kanaembrüotel aga neljal juhul. Neist võrdlevalt uuritud juhtudest oli kahe materjaliga nakatamisel leid positiivne ainult merisigadel: ühel juhul juba 10. päeval ja teisel juhul 71. päeval. Kanaembrüotel oli leid mõlemal juhul negatiivne. Siin tuleb arvestada aga asjaolu, et kanaembrüoid uuriti kolmandal ja viiendal päeval peale nakatamist. Ühel juhul kui meriseal tuberkuloositekitajaid ei leidunud, avastati need koorionallantoisi kehalt kolmandal päeval ja rebukotisisaldise külvist viieteistkümnendal päeval.

Juba nende väheste uuritud juhtude põhjal on näha, et kasutades kanaembrüüt söötmesubstraadina ja kasvu kindlakstegemiseks koorionallantoisi kestal preparaate valmistamiseks flotatsioonimeetodit võib avastada tuberkuloositekitajaid patoloogilisest materjalist isegi kolmandal kuni viiendal päeval.

Arvestades uuritud juhtude vähest arvu ja positiivse leiu erinevust eri meetodite rakendamisel tuleb tuberkuloosi bakterioloogilisel diagnoosimisel pidada soovitavaks erinevate meetodite üheaegset kasutamist [H. F. Hasenclever ning A. P. McKee (18)].

KIRJANDUS. 1. Gutiérrez-Vázquez, J. M. — Am. Rev. Tuberc., 74, 1, 50—58, 1956. 2. Goodpasture, E. W. and Anderson, K. — Am. J. Path., 13, 2, 149—174, 1937. 3. Dubos, R. J., Davis, B. D., Middlebrook, G. and Pierce, C. — Am. Rev. Tuberc., 54, 3, 204—212, 1946. 4. Eggerth, A. H., Dresher, E. and McOsker, V. C. — Am. Rev. Tuberc., 57, 6, 632—639, 1948. 5. Costil, L. et Bloch, F. — Compt. rend. Soc. biol., 128, 40—42, 1938. 6. Schürmann, R. — Virchows Arch. 321, 359—410, 1952. 7. Bunn, P. A., Robinson, F. Osborne, W. — J. Lab. Clin. Med., 45, 4, 658—660, 1955. 8. McNelly, E. and Riddell, W. A. — Am. J. Publ. Health, 39, 11, 1463—1467, 1949. 9. Hsiung, G. D. and Haley, L. D. — Am. Rev. Tuberc., 79, 5, 912—915, 1954. 10. Reiss, J. and Townsend, S. M. — Am. Rev. Tuberc., 76, 2, 315—319, 1957. 11. Drea, W. F. — Am. Rev. Tuberc., 53, 4, 353—362, 1946. 12. Burnet, F. M. — The growth of viruses on the chorioallantois of the chick embryo, Doerr, R. and Hallauer, C., Handbuch der Virusforschung. Wien, J. Springer, I, 419—446, 1939. 13. Шубладзе А. К. и Гайдамович С. Я. — Краткий курс практической вирусологии, Москва, Медгиз, стр. 145, 1954. 14. Rhodes, A. J. and Rooyen, C. E. — Textbook of Virology, Baltimore, The William & Wilkins Co, lk. 60, 1953. 15. Лаанес С. и Таллмейстер Э. — Лабораторное дело, 34—36, 1958. 16. Bloch, E. et Costil, L. — Compt. rend. Soc. biol. 129, 1094—1095, 1938. 17. Türi, E. — Bioloogilistest meetodist tuberkuloosi diagnostikas. Võistlustöö 1957. a., käsikiri. 18. Hasenclever, H. F. and McKee, A. P. — Am. Rev. Tuberc., 72, 5, 687—689, 1955.

О выращивании туберкулезных микобактерий в курином зародыше

С. Лаанес

Резюме

В литературе нет общеприятного мнения о целесообразности применения куриных зародышей в качестве питательного субстрата для выращивания туберкулезных микобактерий и выделения их из патологического материала. Задачей работы было — обнаружение туберкулезных микобактерий при помощи бактериологических методов исследования в куриных зародышах, зараженных культурой туберкулезных микобактерий или патологическим материалом.

Куриные зародыши были заражены штаммом *Mycobacterium tuberculosis var. hominis H37Rv* в дозах от 10^{-1} мг до 10^{-10} мг и при помощи различных патологических материалов по хорионаллантоисному методу или в желточный мешок.

Наличие туберкулезных микобактерий определялось в препаратах-мазках, приготовленных из хорионаллантоисной мембраны, и в препаратах, сделанных методом флотации из того же материала.

В препаратах, изготовленных флотационным способом, туберкулезные микобактерии были обнаружены в хорионаллантоисной мембране на третий день после заражения дозой, равной 10^{-7} мг.

Всего было исследовано 15 патологических материалов: из них в семи случаях туберкулезные микобактерии были обнаружены на третий день. Эти микобактерии выявлены были всего в 10 случаях, тогда как при бактериоскопическом исследовании их можно было обнаружить только в 2 случаях, а при бактериологическом — в одном.

Tuberkuloosikepikeste resistentsest antibakteriaalsetele vahenditele

L. Jannus

meditsiiniteaduste kandidaat

(ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist,
direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski)

Tuberkuloosi ravimisel omandab viimasel ajal üha suuremat tähtsust tuberkuloosikepikeste ravimresistentse küsimus. Vaatamata arvuka hulga antibakteriaalsete vahendite edukale rakendamisele on ravitulemused paljudel juhtudel siiski väikesed või puuduvad üldse. Kir-

janduses leidub andmeid, kus üks või teine antibakteriaalne vahend koguni soodustab tuberkuloosi progresseerumist A. Homa-Lemiško (7).

Ravimresistentsuse kujunemine on seostatud üldise bioloogilise seadusega, mille põhjal elusolendid võivad harjuda väliskeskkonna mõjudega. Selle tagajärjel arenenud ravimresistentsed mikroorganismid omandavad võime eksisteerida ja paljuneda antibakteriaalse toimega preparaadi sellise kontsentratsiooni juures, mis tavalistes tingimustes mikroorganisme hävitab.

Kui õigesti kombineeritud pikaajaline antibakteriaalne ravi koos hormoon- ja vitamiinpreparaatidega tunduvalt väldib ja pidurdab ravimresistentsete tuberkuloosikepikeste teket, siis on raskem ravida neid haigeid, kes on infitseeritud ravimresistentsete tüvedega. Viimati mainitud juhtumeid kirjeldatakse üha sagedamini. R. Frappier ja M. Panisset (10), uurides *Mycobacterium tuberculosis*'e primaarset resistentsust streptomütsiinile leidsid, et 686-st haigeilt eraldatud tuberkuloosikepikeste tüvedest oli streptomütsiiniresistentsid 10,8%. A. Homa-Lemiško (7) andmeil esines esmane ravimresistentsus streptomütsiinile 8,5 protsendil uuritud juhtudest. Peale 100 g ja suurema hulga streptomütsiini manustamist tõusis haigeilt eraldatud ravimresistentsete tüvede hulk kuni 60 protsendini. S. Cohen'i (8) andmeil puudusid pärast 40 nädalat kestnud isoniasiidravi haigete rõgas täiesti isoniasiidile reageerivad tuberkuloosikepikesed.

Kombineeritud ravi antibiootikumide ja keemiliste preparaatidega vähendab tunduvalt ravimresistentsuse tekkimise sagedust. Eriti tõhus on selles suhtes streptomütsiini ja PAS-i kombinatsioon.

W. Sweetman ja J. Salyer (11) peavad tuberkuloosi kirurgilise ravi puhul esineva ebaedu põhjuseks samuti tuberkuloosikepikeste ravimresistentsust. Nii oli nimetatud autorite poolt uuritud ravimresistentsid tuberkuloosikepikesi omavatel haigetel postoperatiivseid (operatsioon — kopsuresektioon) tüsistusi 34,8% ja suremus 10,9%. Need arvud on küllaltki suured ning sunnivad tõsisemalt suhtuma ravimresistentsete tuberkuloosikepikeste olemasolusse. On arusaadav, et ravimresistentsust ei saa pidada tagajärgedeta ravi ainukeseks põhjuseks, sest ravi tulemused sõltuvad suurel määral nii tuberkuloosiprotsessi iseloomust kui ka organismi immuunobioloogilisest seisundist. O. Makajeva (3) märgib, et ravimresistentsusel ftivasiidi suhtes on rühma iseloom ning esineb rea isonikotiinhappe derivaatide hulgas, mis on analoogilised ftivasiidile (salusiid, tubasiid, metasiid).

Tuberkuloosihaigetelt eraldatud *Mycobacterium tuberculosis*'e ravimresistentsust on seni tuberkuloosihaglates harva määratud. Põhjuseks võib siin pidada asjaolu, et seni teadaolevad uurimismeetodid on tehniliselt rasked ja aeganõudvad, kusjuures tulemusi saavutatakse alles võrdlemisi pika aja (21 päeva kuni 3 kuu) järel.

Käesoleva töö ülesandeks oli uurida Tallinna Tuberkuloosihagla baasil *Mycobacterium tuberculosis*'e ravimresistentsust kopsutuberkuloosihaigetel.

Uurimiseks koguti rõga 41-lt haigelt 24 tunni jooksul. Uuritutest said 40 haiget enne resistentsuse määramist erinevates hulkades mitmesuguseid antibakteriaalseid vahendeid (streptomütsiini, ftivasiidi, PAS-i, isoniasiid, rimifooni jt.). Nende vahendite rakendamine oli aga enamasti väikese efektiga. Üks haige ei olnud enne uurimist antibakteriaalselt ravi saanud. Resistentsus määrati kõigil haigeil üks kord. Prevaleeris krooniline fibrokavernoosne kopsutuberkuloos — 37 juhtu, kusjuures 19-l haigel oli protsess ühepoolne ning 18-l kahepoolne, neljal juhul oli tegemist kahepoolse destruktioonita dissemineeritud kopsutuberkuloosiga.

Ravimiresistentsuse määramisel kasutatakse tuberkuloosikepikeste kasvatamiseks tahkeid (muna, muna-agar) või vedelaid söötmeid (mitmesuguse koostisega poolsünteesilised söötmed). Vedelates söötmetes on võimalik luua mikroorganismidele selliseid kasvutingimusi, mis on lähedased organismis eksisteerivatele tingimustele. *Mycobacterium tuberculosis* kasvab vedelal söötmel kiiremini, lühendades sellega tunduvalt uuringu kestust.

Vedelale söötmele võib külvata kas 1) «otsealt» — haigelt saadud patoloogilist materjali (rõga, mäda jne.), või 2) «kaudselt» — varem haigeilt eraldatud *Mycobacterium tuberculosis*'e kultuure. Otsest määramist võib kasutada juhtudel, kus *Mycobacterium tuberculosis* on leitud uurimismaterjalist bakterioskopiliselt. Kaudset määramist võib kasutada nii bakterioskopiliselt positiivse kui ka bakterioskopiliselt negatiivse materjali puhul.

Ravimresistentsuse määramiseks kasutasime otsest sügavkülvil meetodit Školnikova poolsünteesilisele vedelsöötmele vastavalt Vene NFSV Tervishoiu Ministeeriumi metoodilises kirjas toodud instruksioonile (4).

Školnikova poolsünteesiline vedel sööde:

Ühealuseline fosforhappekaalium — KH_2PO_4	1,5 g
Kahealuseline fosforhappenaatrium — Na_2HPO_4	2,5 „
Väävelhappemagneesium — $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$	0,5 „
Sidrunhappenaatrium — $\text{Na}_3 \text{ citricum}$	1,5 „
Kaseiini fermentatiivne hüdroolüsaat	80 ml
Glütseriin	30 „
Destilleeritud vesi	890 „

Kaseiini fermentatiivse hüdroolüsaadi asemel kasutasime asparagiini (1 g), mis märgatavalt soodustab *Mycobacterium tuberculosis*'e kasvu. Rõga homogeniseerimine toimus 10% Na_2HPO_4 ja NaOH lahusega (NaOH — 40,0 g; Na_2HPO_4 — 358,0 g ja destilleeritud vett 1640 ml), mis on keemiliselt puhtam ja stabiilsem kui instruksioonis antud 10% Na_3PO_4 . 24 tunni jooksul kogutud rõgale (mitte vähem kui 10 ml) lisati umbes kahekordne kogus ülaltoodud lahust, lokutati 10—15 minuti kestel ning paigutati 24 tunniks termostaati 37° C juures. Pärast seda tsentrifuugiti homogeniseerunud rõga küllastusmeetodi abil ning sade külvati vedelsöötmele.

Resistentsus määrati kolmel antibakteriaalsel vahendil — streptomütsiinil, ftivasiidil ja PAS-il. Selleks valmistati igast üksikust ravivahendist lahjendused vedelas söötmes järgmiselt: streptomütsiinil — 100, 25, 10, 5 ja 1 TŮ 1 ml söötmes; ftivasiidi lahjendused — 50, 25, 10, 1, 0,1 ftivasiidi 1 ml söötmes ning PAS lahjendused — 500, 100, 10, 2 ja 1 PAS 1 ml söötmes. Seega võeti igal uuritava juhul 15 katseklaasi ravimite lahjendustega, igas klaasis 2 ml vastava kontsentratsiooniga ravimit vedelas söötmes ning lisaks veel 2 kontrollkatseklaasi ilma antibakteriaalse vahendita. Kõrvalise mikrofloora hävitamiseks lisati kõigisse katseklaasidesse 0,1 ml penitsilliini (100 TŮ 1 ml söötmes) ning *Mycobacterium tuberculosis*'e kasvu soodustamiseks 0,2 ml tsitraatvere plasmat. Katseklaasid parafineeriti ning hoiti 21 päeva termostaadis 37° C juures. Pärast seda katseklaasid tsentrifuugiti, sademest valmistatud preparaadid värviti Ziehl-Neelsen'i järgi ning mikroskopeeriti. Mikroskopeerimisel võrreldi *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvede kasvu intensiivsust vastava tüve kasvuga erinevate streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS lahjendustega katseklaasides.

Resistentsuse astme järgi jaotati rõgast eraldatud *Mycobacterium tuberculosis*'e tüved järgmiselt:

1) Tundlikud — BK kasv streptomütsiini kontsentratsioonides 1 ja 5 TŮ 1 ml söötmes; ftivasiidi kontsentratsioonides 0,1 ja 1 ml söötmes ning PAS-i kontsentratsioonides 1 ja 2 ml söötmes; kõrgemates nimetatud ravivahendite kontsentratsioonides BK ei kasvanud.

2) Resistentsed — BK kasv kõigis streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i tugevates kontsentratsioonides, kusjuures, võrreldes kontrollkatseklaasiga oli kasv mõnevõrra halvem.

3) Kõrge resistentsusega — BK kasv kõigis antibakteriaalsete vahendite lahjendustega vastas kasvule kontrollkatseklaasides.

4) Ravimist sõltuvad tüved — BK kasv antibakteriaalsete vahendite kõigis kontsentratsioonides, võrreldes kontrollkatseklaasiga oli märgatavalt intensiivsem.

Kokkuvõte

Kõigist 41-st uuritud juhust täheldati kontrollkatseklaasides *Mycobacterium tuberculosis*'e kasvu 40 juhul, ühel juhul puudus kasv kõigis katseklaasides.

Streptomütsiinitundlikke tüvesid oli 18, ftivasiiditundlikke 8 ja PAS-tundlikke 26.

Resistentsust streptomütsiinile leiti 22 juhul, neist 5 juhul täheldati kõrget resistentsust. Ftivasiidi suhtes leiti resistentsust 31 juhul, neist kõrge resistentsusega 7 *Mycobacterium tuberculosis*'e tüve, samuti leiti üks ftivasiidist sõltuv tüvi. PAS-i suhtes oli *Mycobacterium tuberculosis* resistentne ainult 12 juhul, kusjuures kõrge resistentsus oli 2 juhul, ühelt haigelt eraldati PAS-sõltuv tuberkuloosikepi-keste tüvi.

Ülaltoodust selgub, et meie haigetel esines *Mycobacterium tuberculosis*'e resistentsus kõige sagedamini ftivasiidile, harvemini streptomütsiinile ja kõige harvemini PAS-ile. Saadud tulemused ühtivad kirjanduse andmetega. [R. Rosenfeldt (5), T. Ginzburg (2).]

Kõigi 40 haige rõgast eraldatud *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvest osutus ainult 2 üheaegselt tundlikeks streptomütsiinile, ftivasiidile ja PAS-ile. Ülejäänud juhtudel leiti ühe ravimi suhtes resistentseid tüvesid 18 ja kolme ravimi suhtes resistentseid tüvesid 6 (vt. tabel).

Mycobacterium tuberculosis'e resistentsus ühe, kahe
ja kolme ravimi suhtes

1-kordne ravimresistentsus			Kokku
Streptomütsiin	Ftivasiid	PAS	
5	9	—	14
2-kordne ravimresistentsus			
Streptomütsiin ja ftivasiid	Streptomütsiin ja PAS	Ftivasiid ja PAS	
10	1	7	18
3-kordne ravimresistentsus			6

Kõigil kuuel haigel, kellel eraldati rõgast kolme antibakteriaalse vahendi suhtes resistentsed *Mycobacterium tuberculosis*'e tüved, diagnoositi kliiniliselt fibrokavernoooset kopsutuberkuloosi. Neist oli viis haiget kasutanud raviks suurtes kogustes streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i, kuues haige ei saanud enne resistentsuse määramist antibakteriaalset ravi. Mainitud haige põdes tuberkuloosi juba 7 aastat, mis lubas oletada, et tõenäoliselt on tegemist ravimiresistentsete tuberkuloosikepikeste superinfektsiooniga.

K. Baltabajev (1) leidis enne antibakteriaalse ravi algust 85-st mitmesuguse kopsutuberkuloosivormiga haigest seitsmel ravimiresistentset tuberkuloosikepikesi, kusjuures kolmel neist esines kahekordne resistentsus ftivasiidile ja streptomütsiinile. Kuigi osa autoreid [B. Stukalova (6), G. Domagk (9), W. Vischer (12)] kinnitab ftivasiid- ja isoniaiid-ravi efektiivsust ka resistentsete tüvede puhul, on sellised haiged ümbruskonnale siiski ohtlikud, sest paralleelselt resistentsetele *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvedele eksisteerivad organismis ka tundlikud tüved. Kui resistentsuse madala astme puhul on võimalik kasutada antud ravimeid kombineeritud ravi otstarbel, siis kõrge resistentsusega tüvede puhul on nende kasutamine ka kombineeritud raviks vastunäidustatud, et vältida ravimeist sõltuvate tuberkuloosikepikeste arenemist.

Töö tulemused näitasid, et peaaegu kõik haigeilt isoleeritud *Mycobacterium tuberculosis*'e tüved olid resistentsed antibakteriaalsetele preparaatidele. Sellist suurt resistentsete tüvede arvu võib põhjendada sellega, et suurem osa uuritud haigetest kasutasid pikema aja jooksul raviks suurtes kogustes antibakteriaalseid vahendeid (ftivasiidi kuni 430 g ja streptomütsiini kuni 200 g); samal ajal oli ravi toimunud ebakorrapäraselt, perioodiliselt, mis on üheks oluliseks põhjuseks ravimresistentsuse tekkimisel.

Konstateerides *Mycobacterium tuberculosis*'e ravimresistentsust 38 kopsutuberkuloosihaigel ei saa mööda minna selle fakti tähtsusest

tuberkuloosi profülaktikas ja epidemioloogias. Tuleb veelkord rõhutada kombineeritud antibakteriaalse ravi tähtsust ja kompleksse ravi vajadust hormooni- ja vitamiinipreparaatidega kõigil tuberkuloosigaieil.

Antibakteriaalse ravi edukamaks rakendamiseks on vaja määrata tuberkuloosikepikeste ravimresistentsust igas tuberkuloosiasutuses. Oluuline on selle uurimismeetodi rakendamine mitte ainult ravi kestel, vaid ka enne ravi alustamist ning korduvalt pärast selle lõpetamist.

KIRJANDUS. 1. Балтабаев К. А. Материалы к клиническому и эпидемиологическому значению заражения человека лекарственноустойчивыми формами возбудителя туберкулеза. В кн. Тр. Инст-та Туберк. АМН СССР, М., т. IX, 185—193, 1957. — 2. Гинзбург Т. С. Развитие устойчивости к фтивазиду туберкулезных микобактерий и их значение при лечении этим препаратом. В кн. Профилактика и лечение туберкулеза, Киев, 138—144, 1955. — 3. Макеева О. О. Проблемы туберкулеза, 4, 35—39, 1954. — 4. Методическое письмо об организации и производстве бактериологических исследований на микобактерии туберкулеза и определении лекарственной устойчивости туберкулезных микобактерий, М., 1956. — 5. Розенфельдт Р. М. Устойчивые формы туберкулезных микобактерий при комбинированной антибактериальной терапии. В кн. Профилактика и лечение туберкулеза, Киев, 358—361, 1955. — 6. Стукалова Б. Я. Эффективность лечения экспериментального туберкулеза, вызванного лекарственноустойчивыми штаммами микобактерий туберкулеза. В кн. Тр. Инст-та Туберк. АМН СССР, т. IX 202—214, М., 1957. — 7. Хома-Лемиско А. М. — Антибиотики, I, III, 110—111, 1958. — 8. Cohen, S. Am. Rev. Tuberc., 70, 4, 739—742, 1954. — 9. Domagk, G. Tuberk., 109, 3, 129—132, 1956. — 10. Frappier, R. and Panisset, M. Canad. M. A. J., April 15, 76, 653—655, 1957. — 11. Sweetman, W. and Salyer, J. J. Thoracic Surg., 34, 3, 344—350, 1957. Ref. Совр. пробл. туберкулеза, 2(50), 60—62, 1958. — 12. Vischer, W. Schweiz. allgem. Pathol. und Bakteriол. 19, 6, 710—728, 1956.

К вопросу устойчивости туберкулезных палочек к антибактериальным средствам

Л. Яннус

Резюме

В Таллинской туберкулезной больнице была обследована на лекарственную устойчивость мокрота 41 больного с формами фиброзно-кавернозного и диссеминированного туберкулеза легких. Все больные, кроме одного, лечились до определения лекарственной устойчивости антибактериальными средствами в разных количествах (стрептомицин, фтивазид, ПАСК и др.).

Для определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза был применен метод глубинного посева на жидкую полусинтетическую среду по Школьниковой к трем антибактериальным средствам — стрептомицину, фтивазиду и ПАСК.

Всего было обнаружено 18 стрептомицино-, 8 фтивазидо- и 26 ПАСК-чувствительных штаммов. Устойчивость микобактерий к стрептомицину отмечена была у 22 больных, из них у 5 — высокая устойчивость. К фтивазиду устойчивость была определена у 31 больного, из них у 7 она оказалась высокой; у одного больного был выделен фтивазидозависимый штамм микобактерий туберкулеза. К ПАСК оказались устойчивыми только 13 из выделенных штаммов, среди них 2 с высокой устойчивостью и один штамм ПАСК-зависимый.

У одного больного, который не лечился антибактериальными препаратами до определения лекарственной устойчивости, был выделен штамм микобактерий туберкулеза, устойчивый ко всем трем антибактериальным средствам. Всего была определена тройная устойчивость у 6 и двойная — у 18 больных.

В заключение нужно подчеркнуть важность комбинированной антибактериальной терапии и комплексного лечения вместе с гормональными и витаминными препаратами для предупреждения и задержки развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Для более успешного применения лекарственных веществ необходимо организовать определение лекарственной устойчивости микобактерий в каждом туберкулезном учреждении, причем это исследование надо проводить у всех больных не только в процессе лечения, но также до начала и по окончании лечения.

Kose rajooni elanikkonna uurimisest tuberkuloosi infitseerumise ja haigestumise suhtes

H. Pullisaar

(Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst J. Varrik)

Ettekujutuse saamiseks tuberkuloosialasest olukorrast Põhja-Eesti maarajoonides uuris Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser 1957. a. suvel Kose rajooni elanikkonda tuberkuloosi suhtes.

Uurimise konkreetseks eesmärgiks oli: 1. välja selgitada rajooni elanikkonna infitseerumine tuberkuloosi; 2. välja selgitada seni avastamata tuberkuloosijuhud; 3. paralleelselt uurimistöödega läbi viia näidustatud juhtudel tuberkuloosivastane vaktsineerimine vanusgruppidele kuni 30-nda eluaastani.

Selleks moodustati meditsiinitöötajate brigaad, kelle ülesandeks oli elanikkonda arstlikult läbi vaadata, teha Pirquet' proov ja kontrollida selle tulemusi pärast 48 tunni möödumist, uurida kõiki kodanikke röntgen-fluorograafiliselt ja näidustatud juhtudel vaktsineerida tuberkuloosi vastu. Tööst võtsid osa Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arstid J. Bugakov, D. Feodoroff, A. Jõgi, S. Kõiv ja H. Pullisaar.

Uurimisel avastatud tuberkuloosikahtlased isikud suunati täiendavateks uurimisteks Harju Rajooni Tuberkuloositõrje Dispanserisse.

Säärane laiaulatuslik elanikkonna uurimine oli Eesti NSV territooriumil esmakordne ja selle organiseerimiseks puudusid vastavad kogemused. Sellest tingituna ilmnisid tegeliku töö juurde asudes mõned raskused, mis häirisid uurimistööd ja teataval määral mõjutasid ka lõpptulemusi.

Eeltöid uurimiseks alustati ligikaudu kaks kuud enne tegelike tööde algust. Rajooni TSN Täitevkomitee abiga koostati külanõukogude kaupa rajooni elanike nimekirjad, mis võimaldasid varakult vormistada fluorigraafilised kaardid igale isikule ning süstematiseerida need juba enne tööde algust tähestikulises järjekorras kas külanõukogude, üksikute külade, sovhooside või asustatud punktide kaupa, vastavalt tarvidusele. Sellega välditi palju aega nõudvat dokumentatsiooni vormistamist uurimispunktis ning uurimistööde lõpul saadi ülejäänud kaartide järgi kohe ka ülevaade mitteilmunud isikute kohta. Arstlikule läbivaatusele mitteilmunud isikute nimestik esitati külanõukogule. Viimane kutsus need isikud läbivaatusele uuel tähtpäeval kindlaksmääratud kellaajal. Säärase täiendava läbivaatuse tagajärjeks oli, et nendes külanõukogudes ilmus uurimisele enam kui 90% elanike üldarvust. Uurimine toimus põhiliselt külanõukogude kaupa. Vastavalt külanõukogu suurusele ja kohalikele oludele toimus elanike läbivaatus 2—4 punktis.

Läbivaatuspunktide organiseerimiseks kasutati kõikvõimalikke hooneid, nagu kooli- ja rahvamaju, kolhoosi või sovhoosi kontori ja klubihooneid, internaadiruume ning ühel juhul isegi puidutöötlemise töökoda, kus masinad seks puhuks pandi seisma. Elanike vastuvõtt kestis tavaliselt iga päev 6 tundi. Selle aja jooksul suudeti korralikult läbi uurida 250—300 inimest. Oli aga päevi, kus olukordadest tingituna tuli töötada palju kauem ja vastu võtta kuni 600 inimest. Et mitte häirida kevadisi põllutöid, toimus vastuvõtt vastavalt kolhoosi esimeeste soovile kas hommikupoolikul või õhtul, isegi hilistel õhtutundidel.

Elanike informeerimiseks läbiviidavast uurimistööst kasutati muuhulgas ka kohalikke ajalehte. Uurimistööde vältel avaldati rajooniajalehes tuberkuloosialaseid artikleid. Peeti ka lühiloenguid ja vestlusi uurimispunkti kogunenud inimestele.

Võib öelda, et sanitaarselgitustöö tõstis märgatavalt elanike huvi uurimistöö vastu ja oli peamiseks abinõuks, mis kindlustas elanikkonna

massilise ilmunise läbivaatusele. Kahtlemata oleks õige, et taoliste laiaulatuslikele üritustele eelneks pikemaajaline mitmekülgne sanitaarselgitustöö uuritava rajooni elanikkonna seas.

Ekslik oleks arvata, et uurimistöö kulges alati kergesti ja häireteta. Esialgselt küllaldasena näiv meditsiinitöötajate arv osutus paljudel juhtudel väikeseks, eriti kui samal ajal tuli töötada mitmes punktis. Peamiselt just viimasel põhjusel ei saadudki uurimist täpsustada Mantoux' tuberkuliiniproovi abil, sest see oleks märgatavalt tõstnud töömahtu.

Uurimistöö planeerimisel pöörasime vähe tähelepanu ka röntgenfluorograafi aparaadi varustamisele elektrienergiaga. Kuigi uuritav rajoon on peaaegu täielikult elektrifitseeritud, selgus kohapeal tööle asudes, et voolu tugevus ja pinge liinides ei olnud küllal dased normaalse töörežiimi saavutamiseks.

Mõnikord esines töötamise ajal ka avariisid elektriliinides, mis sundis tööd antud punktis lõpetama. Et mitte valmistada pettumust uurimisele ilmunud inimestele ja kaotada teatavat kontingenti, kolis sel puhul kogu brigaad kohe järgmisesse varem ettevalmistatud punkti, transportides sinna ka uurimisele ilmunud inimesed, kasutades selleks oma kui ka kolhooside autosid.

Seejärel on vaja sellise laiaulatusliku uurimistöö puhul liikuv röntgenfluorograafi aparaat varustada oma generaatoriga.

Suurt abi uurimistöö läbiviimisel andis Kose rajooni TSN Täitevkomitee.

Uurimised Moskvast, Odessast ja samuti välismaal tõendavad, et nakatumine tuberkuloosi on viimaste aastakümnete jooksul pidevalt vähenenud, eriti laste, vähemal määral noorukite ja täiskasvanute hulgas.

Erinevate maade andmeil kõigub nakatumine tuberkuloosi suures ulatuses 2—3% lastel ning tõustes kuni 90 protsendini ja enam täiskasvanute hulgas.

Tuleb märkida, et viimase kümne aasta jooksul seoses massilise tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimisega on paljudel lastel ja noorukeil pärast vaktsineerimist tekkinud allergiline seisund, mille tõttu Mantoux' tuberkuliiniproov on neil positiivne, mis ei ole aga tingitud organismi infitseerumisest virulentsete tuberkuloosi mükobakteritega, vaid BCG-vaktsiini näol organismi viidud elavast bakterikultuurist. Pirquet' tuberkuliiniproov jääb sel puhul tavaliselt negatiivseks.

Tingituna vaktsinatsioonijärgsest allergiast on Mantoux' tuberkuliiniproov seega tunduvalt määral kaotanud oma tähtsuse laste ja noorukite massilisel uurimisel. Selle tõttu on tänapäeval küllaltki raske saada täiesti teepäraseid andmeid nimetatud vanusegruppide infitseerumisest.

Tegelik uurimistöö toimus järgmiselt:

Läbivaatuspunkti ilmunud isikuid uuriti igakülgsest, pöörates erilist tähelepanu kopsuväliste tuberkuloosivormide avastamisele. Nii anamnestilised kui ka objektiivse leiu andmed fikseeriti röntgenfluorograafi kaardil. Seejärel tehti tavalise meetodikaga Pirquet' tuberkuliiniproov 100% tuberkuliiniga. Viimasena toimus röntgenfluorograafilise pildistamine. Tuberkuliiniproovi tulemuste hindamiseks kutsuti kõik uuritud isikud pärast 48 tunni möödumist samasse punkti tagasi. Isikud 30-nda eluaastani, kelle tuberkuliiniproov Pirquet' järgi osutus negatiivseks, kutsuti veel kolmandat korda samasse punkti tuberkuloosivastaseks vaktsineerimiseks. Samal ajal tehti inimestele teatavaks fluorograafilise uurimise tulemused ja anti välja vastav kirjalik tõend. Tuberkuloosikahtluse puhul anti kohe ka suunamiskiri täiendavaks uurimiseks Harju Rajooni Tuberkuloositorje Dispanseris.

Pärast inimeste esmakordse vastuvõtu lõpetamist ühes punktis asus brigaadi põhikoosseis järgmisel päeval või ka veel samal päeval tööle uues läbivaatuspunktis. Teine osa brigaadist kontrollis aga samal ajal eelmistes läbivaatuspunktides Pirquet' tuberkuliiniproove või vaktsi-

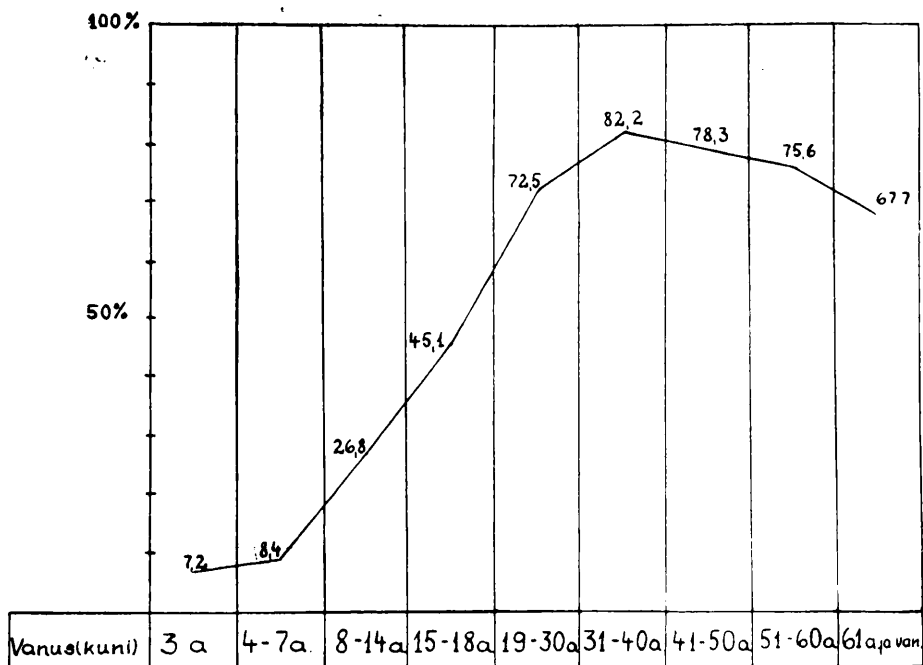
nēeris nakatamatuid. Seepärast tuligi korraga töötada vähemalt kolmes, sageli aga neljas punktis.

Üldse tehti Pirquet' proov 8263 inimesele. Nendest 468 ei ilmunud kontrollimisele ja 73 juhul puudus kontrollitavail skarifikatsioon. Seega on võimalik lõpptulemused esitada 7722 isiku kohta. Sellest üldarvust oli tuberkuliiniproov positiivne 4515 juhul, s. o. 58,5%.

Parema ülevaate saamiseks positiivsest tuberkuliiniproovist üksikutes vanusegruppides, esitame andmed graafikus nr. 1.

Nagu graafikust nähtub, esineb positiivseid tuberkuliiniproove kuni 3 aasta vanustel lastel — 7,2%, 4—7 aasta vanustel — 8,9%. Järgmises

Graafik nr. 1



vanusegrupis 8—14 aasta vanustel ilmneb märgatav tõus — 26,8%, mis jätkub ka 15- kuni 18-aastaste grupis — 45,1% ja 19- kuni 30-aastaste grupis — 72,5%, saavutades maksimumi 31—40 aasta vanuste grupis 82,2%.

Alates 40. eluaastast positiivsete tuberkuliiniproovide protsent mõnevõrra langeb, moodustades 41- kuni 50-aastaste grupis 78,3%, 51- kuni 60-aastastel 75,6% ja üle 60 aasta vanuste grupis 67,7%.

Paralleelselt tehtud intrakutaanne tuberkuliiniproov Mantoux' järgi oleks meile kahtlemata paljudel Pirquet' negatiivseil juhtudel andnud positiivse tulemuse.

Röntgen-fluorograafiliselt uuriti 8063 inimest. Neist 197 suunati täiendavale röntgenoloogilisele ja kliinilisele uurimisele Harju rajooni Tuberkuloositõrje Dispanserisse.

Uurimistel täheldati aktiivset kopsutuberkuloosi 28 juhul, neist 9 juhtu pisikute eritumisega. Aktiivseist kopsutuberkuloosihageist võeti arvele I gruppi 22 ja II gruppi 6. Kontrollgruppi (III) võeti arvele 10 inimest.

Kõik eespoolnimetatud haiged polnud varem teadlikud oma haigusest ega seisnud arvel tuberkuloositõrje asutustes.

Luu-liigese ja perifeerse lümfisüsteemi tuberkuloosi juhtumeid ei avastatud.

Vanusegruppide järgi jagunevad arvelevõetud isikud järgmiselt:

	kuni 3	4—7	8—14	15—18	19—30	31—40	41—50	51—60	61 ja vanemad	Kokku
I gr.	1	1	2	—	3	3	2	5	5	22
II gr.	—	1	—	—	1	2	—	1	1	6
III gr.	—	—	—	—	1	1	2	4	2	10

Tuberkuloosi vastu vaktsineeriti üldse 1764 inimest, neist 1757 kuni 30 aasta vanuses ja 7 üle 30 aasta.

Üksikutes vanusegruppides vaktsineeriti:

Vanusegrupid	—3.	4—7	8—14	15—18	19—30	31—40	Kokku
Vaktsineeritute arv	201	439	658	249	210	7	1764

Üldse ilmus kuni 30 aasta vanuseid inimesi uurimisele 3560, neist täheledati negatiivset Pirquet' proovi 2207 juhul, s. o. 62%. Vaktsineeriti 1757 kuni 30. aasta vanust inimest, 246 inimest ei ilmunud vaktsineerimisele, 151 isikul esinesid vastunäidustused ja 53 isikut kuulus röntgenoloogilise leiu tõttu täiendavatele uurimistele. Viimaseid ei kutsutudki vaktsineerimisele.

Vastunäidustatuist moodustasid enamiku isikud, kes hiljuti olid vaktsineeritud või revaktsineeritud ning seetõttu ei kuulunud veel korduvale vaktsineerimisele.

Saadud tulemustest ilmneb, et maaelanikkonnast kuni 30 aasta vanuses on vaja vaktsineerida ligikaudu 25% kogu elanike üldarvust.

Lõppkokkuvõttes on uurimise tulemused järgmised:

1. On saadud ülevaade maaelanikkonna tuberkuloosist infitseerumisest ühes maarajoonis.

2. On täpsustatud aktiivsete tuberkuloosihaigete arv ja saadud andmed tõenäolisest haigestumusest aktiivsesse tuberkuloosi rajooni ulatuses.

3. Rajooni ulatuses on tehtud massiline tuberkuloosivastane vaktsineerimine ja revaktsineerimine, mis kahtlemata peaks edaspidi andma positiivseid tulemusi tuberkuloosi leviku tõkestamisel rajooni piirides.

4. Uurimisel saadud andmed töömahust on vajalikud elanikkonna massilise tuberkuloosivastase vaktsineerimise planeerimisel.

Об осмотре населения Косеского района на туберкулез

Х. Пуллисаар

Резюме

Летом 1957 года был проведен в Косеском районе осмотр населения на туберкулез. Целью осмотра была: 1) выявить инфицированность населения туберкулезом; 2) выявить не выявленных до сих пор туберкулезных больных; 3) провести вакцинацию населения до 30-летнего возраста.

Осмотр был проведен по сельсоветам. Всего было обследовано свыше 90% населения. Каждый из пришедших в пункт осмотра подвергался тщательному обследованию. Особенное внимание было обращено выявлению внелегочных форм туберкулеза. Как анамнестические, так и объективные данные фиксировались на рентгено-

флюорографической карточке. После этого была сделана реакция Пирке по обыкновенной методике. Наконец, было проведено рентгено-флюорографическое фотографирование. При помощи рентгено-флюорографического способа было всего обследовано 8063 человека, из них 197 было направлено на дополнительное рентгенологическое и клиническое обследование в противотуберкулезный диспансер Харьковского района. Активный легочный туберкулез был открыт в 28 случаях, из них 9 с выделением туберкулезных палочек. Выявленные не знали о своей болезни и не были на учете в диспансере.

Случаев костно-суставного туберкулеза и туберкулеза периферической лимфатической системы не наблюдалось

DIAGNOSTIKA KVALITEEDI KÜSIMUSI

Viljandi linnahaigla sisehaiguste osakonna 1957. a. materjalide alusel

M. Nõges,

Eesti NSV teeneline arst (Viljandi haiglast, peaarst D. Jakobišvili)

Diagnoosimisel esinevate vigade avastamiseks ja nende edaspidiseks vältimiseks jälgitakse Viljandi haiglas pidevalt lahkuminekuid saate- ja kliiniliste ning kliiniliste ja lahangudiagnooside vahel.

Meditšiiniabi organisatsioon on mitmekesine, erialasid palju, kvaliteedi näitajaid mitmeid. Tähtsamad neist on haiguste õigeaegne äratundmine nii ambulatoorses võrgus kui ka statsionaaris, sest ravi meetod ja efektiivsus sõltuvad õigest diagnoosist.

1957. aastal viibis Viljandi haigla teraapiaosakonnas ravil 906 haiget, neist ilma diagnoosita 25, ilma saatekirjata saabus esmakordselt või korduvalt ravile 31 ja viidi üle koos haiguslugudega teistesse osakondadesse 52, kokku 108 haiget, kes selletõttu on jäänud välja käesoleva töö analüüsist.

Vaatamata sellele, et haigeid ei tohiks ilma diagnoosita statsionaari suunata, on seda meil ka 1957. aastal siiski esinenud, kuigi vähemal määral kui 1956. aastal. Uurimisele suunas kiirabijaam ilma diagnoosita 7 haiget ja arstidest Hljudova 5, Ponomarjova 3 ning teised igaüks ühe haige.

Diagnoosi võrreldi 798 haigel.

Haigeid suunati siseosakonda järgmiselt:

polikliniku jaoskonnaterapeudi poolt	— 454 (56,9%)
eriarstide poolt	— 86 (10,9%)
kiirabijaama poolt	— 79 (9,8%)
maa-arsti jaoskondadest	— 68 (8,6%)
teistest rajoonidest	— 45 (5,6%)
Viljandi rajooni velskrite poolt	— 23 (2,9%)
teistest asutustest (sõjakomissariaat, teised osakonnad)	— 43 (5,4%)

Saate- ja kliiniliste ning kliiniliste ja lahangudiagnooside erinevusel on mitmesugused põhjused: a) hüperdiagnostika, kui näiteks kurtunud haigel kõrges elueas ekslikult diagnoositakse vähktõbi; b) hüpodiagnostika — kui unustatakse, et vähk võib kulgeda krooniliselt ilma talle omaste tunnusteta; d) põhihaigus võib jääda avastamata selle tõttu, et üksikute ühiste tunnuste põhjal diagnoositakse ekslikult teist haigust ülehinnates laboratoorseid analüüse, röntgeni läbivaatust jt.; e) puudulik uurimine väga raske üldseisundi ja lühiajalise (1 kuni 3 päeva) teadvuseta olekus statsionaaris viibimise puhul ning anamneesi puudumisel.

Vigadega või ebaõigesti vormistatud haigusjuhtudeks tuleb pidada neid, kus haiguse nimetuse asemel on saatelehele märgitud sümptoom, tüsistus või haige seisundi ebamäärane konstateering, nagu kardio-vaskulaarne puudulikkus, stenokardia, hematemees, hematuuria, neuralgia, müalgia jne.

Saate- ja kliiniliste diagnooside mitteühtumise jagasime kolme rühma: a) erinevad põhidiagnoosid, b) sümptoomide või tüsistuste märkimine ja c) seisundi konstateerimised, nagu *status post resectionem ventriculi, post cholecystectomiam, s. febrilis*.

Viljandi haigla materjalide põhjal võime öelda, et diagnooside erinevus on ühel saateasutusel palju suurem kui teisel. Erinevus ühte rühma kuuluvatel arstidel on 1957. aastal, võrreldes eelmise aastaga enam langenud kui teistesse rühmadesse kuuluvatel ja erinevus 1957. aastal, võrreldes 1956. aastaga on vähenenud kõigil haigeid statsionaari suunavatel raviasutuste rühmadel, ühel rühmal rohkem, teisel vähem.

Analüüsides meie andmeid oli diagnooside erinevus Viljandi linna eriarstidel	4,7 %
polikliiniku jaoskondade arstidel	7,3 %
kiirabijaamal	15,2 %
Viljandi ja teiste rajoonide maa-arstijaoskondadel	20,6 %
velskripunktidel	26,0 %

1956. aastaga võrreldes on diagnooside erinevus 1957. aastal langedud järgmiselt:

	1956. a.	1957. a.
polikliiniku terapeutidel	13,2 %	7,3 %
Viljandi linna eriarstidel	11,7 %	4,7 %
kiirabijaamal	19,0 %	15,2 %
maa-arsti jaoskondadel	28,7 %	20,6 %
kokku kõikidel asutustel	16,5 %	9,7 %
Järelikult diagnooside ühtivus	83,5 %	90,3 %

Esineb juhtumeid, et terapeut märgib saatekirjale röntgeni leiuna mõne elundi funktsionaalse seisundi, nagu — *Hüpotonia ventriculi*, või patoloogilis-anatoomilise leiu, nagu — *Sclerosis aortae*. See ei ole õige diagnoos. Meilt nõutakse haiguste nomenklatuuri kohaselt nosoloogiliste üksuste tarvitamist. Tihti esineb ebaõige väljend: kardio-vaskulaarne insuffsientsus. Ka see diagnoos on puudulik. Vastav seisund esineb mitmesuguste põhihaiguste puhul teatavas järgus, kui süda ei tule oma ülesandega toime. Edasi peame haige statsionaari suunamisel märkima saatekirjale kõik haigused, nii põhi- kui kaasuvad haigused ja tüsistused nende arengu järgi dünaamiliselt. Südame puudulikkust põhjustavad sageli järgmised haigused: 1) hüpertooniatõbi, sellest sõltuva kardioskleroosiga, 2) aterosklerootiline kardioskleroos, 3) kroonilised kopsuhaigused järgneva kopsude puhitusega, amüloidoosiga, 4) müoendokardi reumaatiline kahjustus, 5) Basedowi tõbi ja teised.

Sageli unustatakse, et neuralgia, polüneuromüalgia, pleksalgia jne. ei ole iseseisvad nosoloogilised üksused, vaid on mõne teise haiguse sümptoomid või tüsistused. Ei tulda mõnikord mõttele, et liigeste kroonilised luulised kahjustused, selgroo moonduumised, pahaloomuliste kasvajate siirded elundites ja kudedes, kroonilised põletikud, haavandid sisemistes õõnsates elundites jm. võivad väljenduda neuralgia kujul. Esitame siin kolm iseloomulikku juhtumit.

1. 65-aastane naispatsient S. L., kes varem kaua aega (15—20 aastat) suitsetas, kaebab valusid õlgades ja rindkeres. Lülisamba röntgeni ülesvõte näitab deformeervat spondüloosi. Neurokirurg proponenteerib operatiivset ravi. Patsient suunatakse röntgeni ja EKG-kabinetti. Avastatakse aordi skleroos ja müokardi kahjustuse

tunnused. Enne ravi võis patsient valudeta minna trepist üles. Pärast EKG leidu ei suutnud ta aga ühest toast teise liikuda. Haige viibis kaks korda statsionaaris, kus teda püüti veenda, et tal ei ole stenokardiat, vaid hoopis interkostaalne neuralgia selgroo moonandumise tõttu. 1957. a. kevadel oli patsient jälle töövõimeline.

2. 52-aastane naispatsient I. M. haigestus 1957. aasta aprillis närvivaludega paremas reies, põlves ja sääres. Suunatakse alles juulis eriarstide kabinettidesse ja, kui seisund ägedate valude pärast vasakus alajäsemes väga halvaks muutub, jaoskonnahaiglasse, kus ta viibib 2 kuud. Kui onkoloog avastab, et patsient ei olnud ilmunud järelkontrollile ja saadab jaoskonda järelepärimise, siis suunatakse patsient alles 15. oktoobril 1957. aastal Viljandi haiglasse uurimisele, kus välja selgitati tõeline ishiaalgia põhjus — *Carcinoma corporis uteri cum metastasibus*.

1957. aastal oli erinevaid diagnoose kokku 78, neist ekslikke 61 ja sümptoomi või tüsistuse märkimisi 17. Avastamata jäi tuberkuloos 7, soolehaavand 5, maovähk 4, koletsüstiit 2 ja püeliit 2 juhul, ekslikult diagnoositi reumat infektsioosse polüartriidi asemel kolmel korral.

Tuberkuloos jäi avastamata polikliiniku II, III, IV jaoskonnas, Tänassilma jaoskonnas, kiirabijaamas ja röntgeni kabinetis. Selle asemel diagnoositi ekslikult *bronchopneumonia*, *tumor pulmonis*, *bronchitis*, *rheumocarditis* ja *pleuritis exsudativa*.

Ulcus duodeni asemel seisis saatekirjadel diagnoosid: *cholecystitis*, *gastritis-hepatitis (tumor)*, sagedad stenokardiahood.

Maovähi hüperdiagnostika esines kaks ja hüpodagnostika kolm korda. Esimesed 2 haiget olid 74 ja 79 aastat vanad, järgnevad 3 haiget 60 ja 70 aasta vahel. Esimesi oli liiga pealiskaudselt uuritud; teistel oli diagnoos määratud ekslikult röntgeni leiu järgi vähi asemel — *ulcus duodeni*.

Esineb juhte, kus kroonilist haigust põdev isik akuutselt haigestub, näiteks diabeetik maksakoolikutesse või haavandtõbine püeliiti, ja need uued haigestumised on jäänud saatekirjades märkimata. Kui juurdetekkkinud akuutse haiguse diagnoos on jäänud saatekirjas märkimata, loetakse see erinevate diagnoosidega juhuks, kuna sel juhul on põhihaiguseks akuutne haigestumine, sest kroonilise haiguse tõttu haige ei vajanud hospitaliseerimist. Põhihaiguseks peetakse seda haigust, mis nõuab statsionaarset ravi.

Erinevate diagnooside hulka kuuluvad lõpuks ka juhud, kus saatekirjas diagnoosi asemel on märgitud kas haiguse sümptoom või tüsistus. Sageli tarvitatakse väljendusi: *Insufficiencia cardio vascularis*, *radiculitis lumbosacralis*, *ischialgia*, *polyneuralgia*, *stenocardia*, *climax*, *neurosis vegetativa*, *neurosis functionalis*, *neurosis cordis* jne. Eriti viimaste «diagnoosidega» on vaja senisest enam ettevaatlikkust.

Selliseid diagnoosita suunatud juhtumeid oli meil 17, tähendab umbes $\frac{1}{4}$ erinevate diagnooside üldarvust, või 2,1% kõigist suunatud haigete arvust, eelmisel aastal oli see aga 2,7%.

Kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside ühtumatusi oli alates 1948. aastast kuni 1957. aastani 302 letaalse lõppega haigusjuhtu, 11,6% diagnooside mittekokkusattuvusega. Esitame lahanguite ja lahk-diagnooside arvud aastate kaupa:

1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
34	29	36	31	32	27	25	28	31	31
3	6	3	1	5	2	1	4	5	5

Kuna viimasel kahel aastal diagnooside erinevus ei suurenenud, siis püüame nende juhtumite mitteühtumise põhjusi selgitada. Kümnest juhust oli 7 mees- ja 3 naispatsienti, vanusega 56, 60, 60, 62, 65, 65, 72, 73, 74 ja 78 aastat. Kuni 3 päeva viibisid statsionaaris 4 haiget (1, 2, 2

		Kliiniline diagnoos	Anatoomiline diagnoos
1.	Haige V. hgl. nr. 58, haiglas 65 päeva	<i>Chroniosepsis, bronchopneumonia.</i>	<i>Lymphogranulomotosis.</i>
2.	" K. " " 696 " 17 "	<i>Spondylarthritis chronica exacerbata. Pyelocystitis e hypertrophia prostatae. Soole verejooks.</i>	<i>Myeloma, amyloidosis renum, hypertrophia prostatae.</i>
3.	" V. " " 342 " 2 "	<i>Anaemia perniciosa. Dystrophia aliment. Bronchopneumonia tbc.</i>	<i>Carcinoma prostatae cum metastasibus lymphonodorum. Bronchopneumonia. Endocarditis verrucosa.</i>
4.	" K. " " 461 " 35 "	<i>Carcinoma ventriculi cum metastasibus hepatis, peritonei etc.</i>	<i>Carcinoma recidiva renis cum metastasibus hepatis et peritonei.</i>
5.	" L. " " 65 " 2 "	<i>Tuberculosis pulmonum dissem. Emphysema pulmonum. Cardiosclerosis.</i>	<i>Atherosclerosis aortae, stenosis ostii aortae. Tbc fibronodosa apicis pulmonis d.</i>
6.	" M. " " 828 " 3 "	<i>Coma. Retentio urinae e hypertrophia prostatae.</i>	<i>Tuberculosis cavernosa et miliaris pulmon. dextr.</i>
7.	" M. " " 606 " 11 "	<i>Stenosis sigmae chron. Intoxicatio chron.</i>	<i>Carcinoma pancreatis cum metastasibus. Stenosis duodeni chron.</i>
8.	" P. " " 363 " 64 "	<i>Carcinoma ventriculi cum metastasibus hili.</i>	<i>Status post exstirpationem adnex. carcinomat. Caxovarii.</i>
9.	" K. " " 283 " 1 "	<i>Tuberculosis pulmonis dextri disseminata.</i>	<i>Bronchetasia, bronchopneumonia bilateralis.</i>
10.	" P. " " 860 " 52 "	<i>Status post bronchopneumoniam. Empyema pleurae.</i>	<i>Carcinoma prostatae cum metastasibus lymphonodorum, vertebrae, sterni, costarum.</i>

Avastamata põhihaigestumise juhud:

a) *Carcinoma* 5 korral; neist kahel juhul vähi ebaõige lokalisatsioon osakonna diagnoosi järgi;

b) *lymphogranulomotosis* ühel juhul;

c) *myeloma* ühel juhul;

d) ebaõige vormistamine ühel juhul;

e) miliaarne ajukelme tuberkuloos 72-aastaselt mehel;

f) *bronchectasia cum bronchopneumoniae* ühel juhul.

ja 3); neist 3 saabusid teadvuseta olekus ja neljas preagonaalses seisundis. 6 haiget viibis osakonnas 11, 17, 35, 52, 64 ja 65 päeva. Kõigi 10 juhu kliinilised ja lahangudiagnoosid on toodud tabelis nr. 1.

Ettepanekud

1. Diagnoosita haigete suunamine statsionaari on Viljandi haiglas 1948.—1953. a. vähenenud 27,6%—17,5%-le ja 1956.—1957. a. 7,7%—2,7%-le.

2. Saate- ja kliiniliste diagnooside erinevus on 1947.—1953. a. alanenud 25,9%—15,2% ja 1956.—1957. a. 16,5%—7,6%.

3. Samade diagnooside mitteühtumine on kõrge velskripunktidel, maa-arstijaoskondadel ja kiirabijaamal (26,0%, 20,6% ja 15,2%).

4. Kliiniliste ja anatoomiliste diagnooside erinevus viimase 10 aasta kohta oli 11,6% (303 juhust 35).

5. 1956. a. ja 1957. a. jäid osakonnas järgmised põhihaigused avastamata: a) *Carcinoma* 5 korda, neist oli osakonnas kahel juhul märgitud vähi ebaõige lokalisatsioon; b) *lymphogranulomotosis*; c) *myeloma*; d) *meningitis tubercul. miliaris*; e) *bronchiectasia cum bronchopneumonia*; f) diagnoosi ebaõige vormistamine osakonnas.

6. Kiirabijaama tuleks tööle määrata arstidest koosnev kaader.

7. Viljandi rajoonis asuv Heimtali velskripunkt, mis allub Paistu arstijaoskonnale, on soovitav üle viia linnaümbruse arsti juhendamisele, kuna viimane asub Viljandile kolm korda lähemal kui Paistule.

8. Diagnoosimisel tuleb senisest rohkem mõelda tuberkuloosile ja vähile.

9. Diagnostilise ja sellest sõltuva ravi- ning profülaktikaalase töö kvaliteedi parandamiseks on soovitav pidevalt jälgida saate- ja kliiniliste diagnooside ühtivust.

К вопросу о качестве диагностики заболеваний на основе материалов терапевтического отделения Вильяндиской гор. больницы за 1957 год

М. Ныгес

Резюме

1. В докладе представлены данные:

а) о постепенном снижении количества направляемых больных в стационар, без диагноза заболевания с обозначением «на обследование» с 1947 по 1953 и с 1956 по 1957 гг. (25,0, 27,6, 19,2, 18,8, 19,0, 13,9, 17,5, 7,7 и 2,7%).

б) о динамике расхождения диагноза направления с клиническим за тот же период времени с 25,9% в 1947 г. до 19,2% в 1956 и 9,7% в 1957 г.

в) о расхождении в размере 11,6% (35 из 303) клинических и секционных диагнозов за период времени с 1948 по 1957 г. (в 1956 и 1957 гг. остались невыявленными или были уточнены в 10 случаях со смертным исходом диагноза основных заболеваний, а именно: а) рак в 5 (в 2-х указана отделением ошибочная локализация рака), б) лимфогрануломатоз, в) миелома, г) милкарный туберкулез с менингитом у 72-летнего, д) бронхоэктазия с бронхопневмонией и е) неправильное оформление диагноза.

2. По докладу, из общего числа направлений в 1956 г. 841 и в 1957 — 798 несовпадаемость диагнозов у учреждений была следующая:

	1956 г.	1957 г.
а) у врачей-специалистов	11,7%	4,7%
б) у участковых врачей поликлиники	13,2%	7,3%
в) у станции скорой помощи	19,0%	15,2%
г) у врачей сельских участков	28,7%	20,6%
д) у фельдшерских пунктов	—	26,0%
Совпадаемость диагнозов была	83,5%	90,3%

3. В 1957 году число несовпадающих диагнозов было 78, из них ошибочных 61, с обозначением симптома — 17.

4. Наичаще остались невыявленными следующие заболевания: туберкулез (7), язвенная болезнь (5), рак желудка (4), вместо инфекционного полиартрита ошибочно диагностирован ревматический (3).

5. Желательно, чтобы станцию скорой помощи обслуживал квалифицированный врачебный персонал.

6. Геймтальский фельдшерский пункт следует передать в ведение и под руководство врача пригородного участка г. Вильянди.

7. С целью более глубокого анализа ошибок в диагнозах и вскрытия организационных недостатков здравоохранения желательно проводить в больницах республики из года в год анализы неправильных оформлений и ошибочных анализов заболеваний путем сличения диагнозов направлений с клиническими и последних — с патолого-анатомическими.

Biopsiadiagnostika olulisi küsimusi

V. Bresler

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Biopsia abil või operatiivselt kõrvaldatud materjali histoloogiline uurimine annab täpse pildi patoloogilisest protsessist. Koos kliiniliste ja teiste andmetega võimaldab see arstil saada igakülgse ettekujutuse haiguse kulust.

Kahjuks, ei hinda mitte kõik arstid selle meetodi tähtsust, ei kasuta seda küllaldaselt ega õigesti; eriti puudutab see rajooni- ja jaoskonnahaiglate ning polikliinikute arste. Siin tehakse sageli suuri vigu — uurimiseks ei saadeta mitte kogu operatiivselt kõrvaldatud materjal vaid ainult osa sellest, harva rakendatakse biopsiat diagnoosimiseks.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 1952. aasta 3. jaanuari käskkirjas nr. 4 ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peapatoloog-anatoomi 1954. aasta 3. veebruari metoodilises kirjas nõutakse, et kõiki biopsiaid samuti kirurgiliste operatsioonide teel kõrvaldatud kudesid ja elundeid tuleb uurida nii histoloogiliselt kui ka patoloogiliselt ja anatoomiliselt. Seega kuulub histoloogilisele uurimisele kogu operatiivselt eemaldatud materjal olgu see kas ussjätke, mandlid või songapaun. Histoloogiline uurimine ei ole neil juhtudel ainult asjatu formaalsus. Tallinna Vabariikliku Haigla materjalidest (ligikaudu 5000 histoloogilist uurimist aastas) nähtub, et patoloogilis-histoloogiline uurimine annab uusi, ravivale arstile sageli ootamatuid andmeid. Näiteks osutusid paljud kirurgide poolt ägedateks peetud apenditsiidijuhud morfoloogiliselt kroonilise põletiku ägenemiseks; sageli selguvad sel teel ka põletiku etioloogilised faktorid, nagu parasiidid (näiteks algloomad, nugalised), võõrkehad, roojakivid jt. Mõnikord ei olegi ussjätkes põletikulist protsessi, vaid seal on arenenud omapärane kasvaja — kartsinoid, mis kliiniliselt näib apenditsiidina. Maohaavandina opereeritud munasarjasüstide, fibromüomatoosete sõlmede jm. uurimisel avastatakse sageli esmakordselt pahaloolumuline kasvaja. Sellel on suur tähtsus õige ravi määramisel. Histoloogiline uurimine võib sageli ümber lükata ka oletuse pahaloomulise kasvaja olemasolu kohta.

Et meil isegi suurtes linnades, nagu Narvas, Jõhvis jm. — seda enam aga rajoonihaiglates —, seni veel histoloogilist uurimist ei teostata, siis tuleb Põhja-Eestist materjal histoloogiliseks uurimiseks saata Tallinna Vabariikliku Haigla patohistoloogilisse laboratooriumi või Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti, vastavalt sellele, millise asutuse juurde antud haigla on kinnistatud. Seejuures tuleb materjali saatmisel kinni pidada kindlatest eeskirjadest. Kõigepealt tuleb materjal paigutada fikseerivasse vedelikku — kõige

parem 10-protsendilisse formaliinilahusesse, mida peab olema küllaldaselt (mahult 10 korda rohkem kui saadetavat materjali). Ainult väga väikesi koetükikesi võib fikseerida 96-protsendilises piirituses. Sel puhul aga ei saa materjali lipoidide suhtes enam külmutusmeetodi abil uurida, samuti halveneb ka preparaatide kvaliteet. Kahjuks saadetakse materjal sageli halvasti fikseeritult või hoopis fikseerimata (fikseeriva lahuse vähese hulga või selle nõrga kontsentratsiooni tõttu). Selletõttu materjal rikneb, roiskub ning ei ole enam uurimiskõlblik. Materjali purgil peab tingimata olema etikett, millele märgitakse haige perekonnanimi, ravi-asutus ja selle osakond ning haigusloo number. Kirjutada tuleb hariliku pliiatsiga, mingil juhul ei tohi etiketti kirjutada keemilise pliiatsi või tindiga.

Peale selle tuleb iga uurimisele saadetava materjali kohta täita saatekiri (arvestusvorm nr. 218):

Saatekiri koos materjaliga saadetakse patoloogilis-anatoomilisesse osakonda. Saatekirja kõik lahtrid tuleb täita nii, et uurijal patoloog-anatoomil oleks piisavalt kliinilisi andmeid avastatud morfoloogiliste muutuste hindamiseks.

Saatekirja täidab raviosakonna arst kohe pärast operatsiooni lõpetamist. Saatekirja ei või lasta täita keskharidusega meditsiinipersonalil.

Saatekirja õige täitmise küsimustel peatume üksikasjalisemalt. Käesoleva ajani täidetakse enamik saatekirju väga puudulikult. See on tõsiseks takistuseks biopsilise diagnostika kvaliteedi edasisel parandamisel.

Kõige esmalt täidetakse saatekirja passiosa, selle järel märgitakse kliiniline diagnoos, milline kirurgiline vahelesegamine teostati, millal, milline elund või kude saadetakse uurimiseks. Erilist tähtsust patohistoloogilisel uurimisel omavad kliinilised lühiaandmed. Nende põhjal võib histoloog peale kirjelduse ja formaalse morfoloogilise diagnoosi anda laialdase patogeneetilise diagnoosi.

Mida tuleb siis märkida kliiniliste andmete osas? See sõltub eelkõige materjali laadist. Günekoloogilise materjali uurimiseks on vaja andmeid menstruatsioonitsükli laadi kohta, millal menstruatsioon algas, mitme päeva järel see esineb, kui kaua kestab, nende arv jne. Tingimata tuleb ära märkida ka viimase menstruatsiooni kuupäev. Neil andmeil on otsustav tähtsus munasarja talitlushäiretega seotud haiguste diagnooside püstitamisel. Näiteks, kui väljakaaped annavad näärmete proliferatsiooni pildi, siis on see 7-ndast kuni 16-nda menstruatsioonijärgse päevani normaalne füsioloogiline nähtus, kui see esineb aga 25-ndal kuni 28-ndal päeval pärast menstruatsiooni, siis on see tõsiseks patoloogiliseks nähuks.

Peale andmete menstruatsioonitsükli kohta on tähtsad ka andmed suguelundite seisundist (näiteks emaka või emakamanuste suurenemine, nende väärasedid jm.). Kui kahjustus on palja silmaga nähtav (näiteks erosioon, ekstroopion, emakakaela kasvaja) siis tuleb kirjeldada selle välist kuju, vormi, suurust, kusjuures märgitakse, millisest piirkonnast biopsia on võetud. Kui vere- ja kuseanalüüsides esineb patoloogilisi jm. muutusi, siis tuleb märkida missugused need on. Kui ka varem on biopsia-materjali histoloogiliselt uuritud, siis peab märkima, millal ja kus see toimus ning selle number ja diagnoos.

Biopseeritud lümfisõlme uurimiseks saatmisel tuleb täpselt märkida, kust see on võetud, kirjeldada selle välimust ja suurust fikseerimata olekus, märkida kas esineb lümfisõlmede süsteemi või lümfisõlmede paikne suurenemine, kui kaua see püsib, kui järsult on see väljendunud, kas on muutunud põrn ja maks, tuua ära vere- või sternaalpunktaadi täielik kliiniline analüüs ning anda teisi haige kliinilises pildis tähtsaid sümptome.

Käesoleva kirjutise raamides ei ole võimalik tuua suuremal hulgal näiteid kõikide esilekerkivate küsimuste põhjalikuks selgitamiseks. Raviv arst peab taotlema, et patoloog-anatoom saaks saatekirja lugedes võima-

likult täieliku kujutluse haigest. Peab alati meeles pidama, et mida täielikumad on kliinilised andmed, seda väärtuslikum on histoloogiline diagnoos.

Pärast saatekirja täitmist paigutatakse materjal korralikult purki küllaldase hulga fikseeriva lahusega, hoolitsedes selle eest, et viimane transportimisel välja ei valguks. Peab arvestama, et fikseerimata materjali on kerge panna väikesesse purki, kuid fikseerivas lahuses see turdub ja hiljem on raske materjali purgist välja võtta. Pealegi on säärane materjal alati halvasti fikseeritud. Purk koos materjali ja saatekirjaga asetatakse korralikult pehme vooderdisega kartongi või puukarpi. Materjal tuleb saata tähitud panderollina. Ei ole tarvis materjali saata väärtsaadetisena, sest see pikendab materjali kättesaamist, järelikult hilineb ka vastuse saamine.

NSV Liidu peapatoloog-anatoomi eelpool mainitud meetodilises kirjas märgitakse, et biopsia abil võetud kudesid ja elundeid on diagnoosimise eesmärgil kategooriliselt keelatud tükeldada ja saata mitmesse patoloogilis-anatoomilisse laboratooriumi. Sellistel juhtudel antud protsessile iseloomulikud morfoloogilised muutused (vähk, tuberkuloos jt.) võivad leiduda vaid ühes materjali osas, järelikult saadakse ka erinevad uurimuse tulemused. See omakorda võib desorienteerida ravivaid arste ja tekitada kahju haigele.

Arusaadav, et uurimusele ei või saata ka ainult osa biopseeritud materjalist, kuigi see on mahult suur. Ka operatsioonimaterjal on soovitatav saata uurimiseks tervikuna, s. o. kogu kõrvaldatud elund. Kui aga mõnikord ei ole võimalik elundi liigse suuruse tõttu seda panderolliga saata, siis peab leppima asjaoluga, et kaugemal asuvad asutused saada-vad osa elundist. Seejuures tuleb kirjeldada kõrvaldatud elundi välimust, märkida missugustest kohtadest on osakesed eraldatud. Neid tuleb lõigata haige ja terve koe piirilt nii suure ulatuses, et patoloogiline protsess oleks võimalikult täielikumalt nähtav. Sama põhimõtte järgi lõigatakse ja saadetakse uurimisele ka lahangumaterjali tükikesed.

Enamike rajooni- ja jaoskonnahaiglate ning polikliinikute töös on suurimaks puuduseks see, et nad kasutavad vähe biopsiat diagnoosimis-meetodina. See on tõsine viga, sest biopsiat ei saa real juhtudest millegagi asendada. Pahaloomuliste kasvajate varajast diagnoosimist on võimalik vastavale tasemele viia ainult biopsia kõige laialdasema rakendamise teel. Biopsiaks kättesaadavate elundite, nagu välised suguelundid, emakas ja piimanäärmed lõigete mikroskoopilise uurimise meetod on käesoleva ajani asendamatu [K. P. Ulesko-Stroganova (6)].

Eriline tähtsus on biopsiadiagnostikal sünnitusabis ja günekoloogias [I. L. Braude ja E. F. Beljajeva (1), K. P. Ulesko-Stroganova (6), R. Schröder (9), H. Behrens (7), H. Lax (8) jt.].

Terve rida naiste suguelundite düshormonaalseid protsesse, anovulatoorseid tsükleid, emakaõõne ja emakakaela vähieelseid seisundeid ning nende elundite vähktõve varajasi staadiume saab käesoleval ajal täpselt diagnoosida ainult histoloogiliselt [H. Behrens (7), H. Lax (8) jt.].

Biopsia tähtsust rinnaäärme kasvajate diagnoosimisel näitas oma monograafias prof. L. M. Ratner (5) rohkearvulise kliinilise materjali põhjal. Ka kirurgile on biopsia väga tähtis [S. I. Krinitski (3)]. Väärtuslikke andmeid saab biopsia abil vereloomeelundite kahjustusega kulgevate lümfisõlmede haiguste puhul. Rida selle süsteemi haigusi (tuberkuloos, lümfogranulomatoos, lipomelaaniline retikuloos, mükoosid, Brill-Symmers'i tõbi jt.) võib varajases faasis diagnoosida ainult histoloogiliselt [Z. V. Mankin (4), V. M. Bresler].

Biopsia suure väärtuse tõttu on viimasel ajal välja töötatud rida meetodeid biopsia materjali võtmiseks siseelunditest endoskoopia abil (bronhoskoopia, ösofago-, gastroskoopia jt.). See võimaldab tunduvalt

kiirendada vähieelsete- ja vähiprotsesside diagnoosimist ja parandab tunduvalt ravimise edukust.

Põhjendatud ja tehniliselt õige biopsia võib ja peab klinitsisti käes muutuma heaks meetodiks diagnoosimise ning ravitöö parandamisel.

Kirjandus

1. Брауде И. Л. и Беляева Е. Ф. — Раннее распознавание рака матки (микроскопическая диагностика) М.—Л., Госиздат, 1928.
2. Бреслер В. М. — К вопросу о болезни Бриль-Симмерса. «Здравоохранение Советской Эстонии», сб. 6, Таллин, 1957.
3. Криницкий Ш. И. — Биопсия в хирургии. Новый хирургический архив 50, 200,—204, 1927.
4. Манкин З. В. — Лимфогрануломатоз, Л., 1938.
5. Ратнер Л. М. — Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы, Медгиз., 1949.
6. Улезко-Строганова К. П. — Нормальная и патологическая анатомия и гистология женской половой сферы, Медгиз, М., 1939.
7. Behrens, Heinz — Histologische Studien am Endometrium als Grundlagen klinischer Diagnostik (Zwänglose Abhandlungen auf dem Gebiete der Frauenheilkunde. Bd. 19, Leipzig, 1956.
8. Lax, Herbert — Histologischer Atlas gynäkologischer Erkrankungen. Leipzig, 1956.
9. Schröder, Robert — Lehrbuch der Gynäkologie für Studierende und Ärzte, Leipzig, 1928.

О насущных вопросах биопсийной диагностики

В. Бреслер

Резюме

В статье освещается на основании имеющихся приказов, инструкций и литературных данных, а также богатого опыта Таллинской республиканской больницы важное значение для клиники биопсийного и гистологического исследований оперативно удаленного материала. Указывается, как именно следует направлять материал на исследование, как заполнять бланк направления на гистологическое исследование. Приводятся данные о значении кратких клинических сведений для улучшения качества биопсийной диагностики. Освещается также вопрос о диагностической ценности биопсии в различных отраслях практической медицины. В заключение говорится о необходимости более широкого применения диагностической биопсии, особенно в районных и участковых больницах, для повышения качества лечебно-диагностической работы.

Kliinilisi tähelepanekuid Ménière'i sündroomi kohta

V. Särgava,

Meditsiiniteaduste kandidaat

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent E. Siirde, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Boston)

Juba ligi 100 aastat on möödunud ajast, millal Ménière kirjeldas haigust, mis kulgeb perioodiliste hoogudena ja avaldub pearinglemise, tasakaaluhäirete, kõrvade kohisemise ning kuulmise nõrgenemise näol. Kuni tänapäevani pole aga selles küsimuses saavutatud üksmeelt. Samal ajal kui paljud autorid vaatlevad seda omaette nosoloogilise haigusvormina [O. G. Agejeva-Maikova, E. F. Gudin (1), G. S. Tsimmerman (2, 3), A. H. Minkovski (4), I. N. Aleksandrov (9), K. Wittmaack (6), H. Marx (7) jt.], peavad teised seda mitmesuguste haiguste puhul avalduvaks labürindikahjustuseks ja soovivad kasutada nimetust «Ménière'i sündroom» ehk

«sümptoomide kompleks» [V. R. Govers (8), B. S. Beilin (9), G. D. Novinski (10), F. Hochwhart (11) jt].

Seisukohtade sellise erinevuse põhjuseks on asjaolu, et kuni tänase päevani pole selge Ménière'i haiguse olemus, selle etioloogia ja patogeenes. Kõige laialdasemalt on levinud arvamus, et mittepõletikulise labürindi ärritusseisundi aluseks on angioneurootilised ja vasomotoorsed muutused sisekõrva veresoontes ja sellest tulenev isheemia. S. J. Goldin (13) leiab, et sellistel haigustel esineb neurovegetatiivne düstoonia: noortel vererõhu langus, vanadel aterosklerootilised nähud ja sageli vererõhu tõus. Arvesse võttes, et haigusnähud on perioodilised ja kestavad ägedal kujul suhteliselt lühikest aega soovitab F. Kobrak (12) kasutada nime­ tust «angioneurootiline oktaavuskriis». K. Wittmaack (6) seab mittepõle­ tikuliste labürindihäirete aluseks labürindivedeliku rõhumuutused — düstoonia, mis avaldub nii hüpertoonia kui ka hüpotoonia näol. Arvesse võivad tulla aga ka veel mitmesugused muud tegurid, nagu sisesekretoor­ sed häired, toksilised ja traumaatilised kahjustused, allergia, ainevahe­ tuse häired (K-, Mg-, J-, Ca- ja veeainevahetus) ning hüpovitaminoos (nikotiinhape, tiamiin). G. Solfridge (14), B. H. Schuster (15) jt. J. Lem­ pert, D. Wolff, J. H. F. Rambo, E. G. Wever ja M. Lawrence (16) jõua­ vad järeldusele, et tegemist on toksilist või troofilist laadi kroonilise progresseeruva herpeetilise neuriidiga, mis haarab eriti sisekõrva vesti­ bulaarset osa. G. S. Tsimmerman (2, 3) seletab Ménière'i haigust sise­ kõrva düsembrüogeneesiga. I. M. Rosenfeld (7) soovitab täiesti loobuda Ménière'i nimetuse kasutamisest ja see asendada väljendusega *labyrinthopathia* koos etioloogilise faktori äranäitamisega (näit. *labyrinthopathia toxica, traumatica* jne.). Peale selle võivad mitmesugused retrolabürin­ taarsed protsessid (eriti pontotseribellaarses nurgas) põhjustada täpselt Ménière'i haiguse taolisi nähte (*n. statoacusticus*'e tuumorid, polüskleroos, lues jt.). Tekkemehhanismis ei tohi alahinnata ka neuroreflektorseid tegureid ega ajukoore osa, sest haigus vallandub sageli mitmesuguste psüühiliste traumade ja vaimse ning füüsilise ülepingutuse tagajärjel.

Nimetatud haigusnähtude olemus pole sageli selge ja etioloogiliste teguritena võivad arvesse tulla väga erinevad põhjused. Seega näib ole­ vat õigem kasutada väljendust «Ménière'i sündroom» ehk «Ménière'i sümptoomide kompleks».

Haiguspilti võiksime iseloomustada järgmiselt: hoog algab järsku peapöörituse, tasakaaluhäirete ja iiveldusega, millele sageli kaasub oksendamine. Koos sellega esineb kohin kõrvades ja enamasti ühepoolne kuulmise nõrgenemine. Peapöörituse juures on iseloomulik, et haige tajub, nagu keerleksid esemed tema ümber kindlas suunas, või nagu tiirleks ta ise. Objektiivselt on täheldatav horisontaalne või horisontaal-rotat­ toorne nüstagm. Hoo kestus võib erineda, kuid tavaliselt kestab see siiski üsna lühikest aega. Järelnähud, nagu iiveldustunne, võivad aga vahel kesta pikemat aega. Iseloomulik on hoogude kordumine mitmesuguste vaheaegade järel: kergedel juhtudel kord aastas või veelgi harvemini, rasketel juhtudel aga vahel isegi mitu korda nädalas. Hoogude vaheajal taastub tavaliselt vestibulaaraparaadi normaalne seisund, kuulmishäire jääb aga enamasti püsima kõrvade kohisemise või kuulmise nõrgenemi­ sena, mis hoogude kordumisel kaldub progresseeruma. Sageli ei arves­ tata neid tüüpilisi tunnuseid ja diagnoositakse Ménière'i sündroomina igasuguseid haige kaebusi peapööritustele ilma kindla suunata (sellised haiged kaebavad tavaliselt, et neil minevat silmade ees «mustaks» või «kirjuks»), samuti ei esine nüstagmi ega kuulmisfunktsiooni kahjustust (neurootiline peapööritus, kollapsieelsed nähud). Samuti pole Ménière'i pildiga seostatav pikaajaline püsiv või koguni progresseeruv peapööri­ tus koos tasakaaluhäiretega.

Haiguse diagnoosimist raskendab teatud määral asjaolu, et alati ei tarvitse kõik eeltoodud tunnused esineda korraga. I. N. Aleksandrovi (5)

andmetel tekivad peapööritus ja kuulmishäire üheaegselt ainult 35 protsendil haigetest. Suuremal osal juhtudest (45%) arenevad kõigepealt kohleaarsed nähud (kõrvade kohisemine, kuulmise vähenemine) ja alles mitme kuu või isegi aasta pärast järgnevad vestibulaarsed tasakaaluhäired korduvate hoogudena. Väikesel osal (20%) tekivad kõigepealt peapööritushood ja alles hilisemas haiguse järgus areneb kuulmise nõrgenemine. Tuleb tähele panna asjaolu, et samal ajal, kui haige subjektiivselt ei kaeba kuulmishäirete üle, võime kontrollimisel seda siiski kindlaks teha. Nüstagmi esinemine hoo ajal pole obligatoorne, seda leidub I. N. Aleksandrovi (5), P. M. Permini ja H. Poulsen (18) andmetel 85 protsendil haigetest, kusjuures suund võib olla nii haigele kui ka tervele poole, mis näitab, et vestibulaaraparaadi ärritusseisundi kõrval võib esineda ka funktsionaalne kahjustus. H. Marxi (7) arvates esineb nüstagm hoo kõrgpunktis alati, kuigi mõnikord väga lühikest aega.

Käesoleva analüüsi aluseks on Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas 10 aasta jooksul Ménière'i sündroomi diagnoosiga ravil viibinud 74 haiget, neist 39 naist, 35 meest. Vanuse järgi oli üle poole juhtudest (40) 30—50 aasta vahel, alla 30 aasta oli 14 ja üle 50 aasta 20 haiget. Meie andmed soo ja vanuse kohta vastavad enamvähem T. E. Walschi (19) omadele.

Kliiniline pilt oli sageli erinev, olenedes hoogude sagedusest ja tugevusest. Kaheksal juhul võisime täheldada äkilist väga tugevat apoplektitaolist vestibulaarafektsiooni, mis tekkis järsku, sageli esmakordselt ja avaldus tavaliselt väga tugeva peapöörituse, iivelduse ning oksendamisenähtetega, mille tõttu haiged ei saanud kõndida ja vahel isegi kukkusid. Selline hoog taandub väga pikkamisi, vahel võib jääda püsima ühepoolne tunduv vestibulaar- ja kuulmisfunktsiooni langus või isegi nende täielik väljalangemine. F. Kobrak (12) nimetab sellist äkilist hoogu labürindiapopleksiaks. Tõenäoliselt võib siin tegemist olla verevalumiga sisekõrva või *n. statoacusticus*'e piirkonda, nagu seda kirjeldas Ménière.

Valdaval enamikul kulges hoog enam või vähem ägedalt, kusjuures domineerivateks nähtudeks olid peapööritus, iiveldamine, sageli ka oksendamine ning tasakaaluhäired. Kohinat kõrvas ja kuulmisfunktsiooni langust märkavad haiged tavaliselt harva, ainult mõnel üksikul juhul olid need vestibulaarnähtudest domineerivamateks. Selle tõttu ei osuta ka arstid alati vajalikku tähelepanu kuulmisfunktsioonile. 56 juhul fikseeriti siiski kuulmisaparaadi kahjustust mitmesuguse ulatusega kuulmise langemise või vähemalt subjektiivsete kohinatena kõrvades.

Üldiselt on Ménière'i sündroomi puhul esinevale kuulmise langusele viimasel ajal osutatud suhteliselt suuremat tähelepanu kui varem [G. S. Tsimmerman (2, 3), I. N. Aleksandrov (5), O. Opheim, G. Flottorp (20), O. H. Meurmann, B. Grahne (21), E. Zangemeister, H. Kietz (22) jt.] Audiogramm mis avaldub kuulmise langus haiguse algul madalate toonide juures sageli rohkem, kusjuures luujuhtivus võib olla suhteliselt paremini säilinud kui õhujuhtivus. Seda peetakse labürindi juhtehäirele iseloomulikuks. Korduvate hoogude puhul aga areneb alati sisekõrva kahjustus, kuulmise langus on toonide skaala kogu ulatuses enamvähem ühtlane. Sellistel juhtudel esineb ka Corti elundi kahjustust iseloomustav kiirenenud helivaljuse kasvu fenomeen. Üheks selle avalduseks on helilateralisatsiooni audimeetriline proovimine. Lävelähedase tooni puhul lateraliseerub nimelt kolju keskjoonele asetatud luutelefoni toon ikka vähemkahjustatud kõrva. Suure intensiivsuse puhul helilateralisatsiooni ei toimu, haige kõrv kuuleb tooni samas valjuses kui terve kõrvgi.

Erinevalt muudest sisekõrvahäiretest on kuulmise seisund haiguse algjärgus üsna labiilne [J. S. Tjomkin (23)].

24 haigel esines hoog esmakordselt, ülejäänute juures oli tegemist korduva vestibulaarakustilise atakiga. Osal juhtudest kestis haigus juba aastaid (kuuel juhul üle 10 aasta). Osa haigeid viibis ravil korduvalt.

Vestibulaarsed nähud esinesid kõikidel haigetel, kusjuures spontaanset nüstagmi täheldasime 58 juhul. Peapöörituse, iivelduse ja oksendamise kõrval esines haigetel veel muid vegetatiivseid nähte (kahvatus, higistamine jne.). Sageli esinesid ka peavalud. P. Permini ja H. Poulsen (18) andmetel esineb neid 60 protsendil, kuigi need ei kuulu otseselt haigus- pildi juurde.

Etioloogilisi momente ei olnud tavaliselt võimalik selgitada. Ainult osal juhtudest võisime kindlaks teha arvatava haiguse põhjuse. Sellisena tulid arvesse ateroskleroosilised muutused vanemas eas (7 juhul), endokriinsed häired seoses klimakteeriumiga (6 juhul), angioneurootilised nähud (6 juhul), traumad (5 juhul), psüühilised ja füüsilised ülepingutused (5 juhul). Neljal haigel oli varem esinenud keskkõrvapõletik, 2 haiget põdesid kroonilist haimoriiti. Mõnel juhul sidusid haiged hoo algust külmetuse või tuuletõmbusega. Eeltoodust võime järeldada, et Ménière'i sündroomi etioloogia võib olla üksikjuhtudel väga erinev. Üheks oluliseks teguriks näib siiski olevat sisekõrva vereringe häire ja sellega kaasuv labürindisise rõhu tõus.

Nagu Ménière'i sündroomi etioloogia on väga erinev ja sageli ebaselge, nii on ka selle haiguse puhul rakendatavad ravivõtted väga mitmesugused, sageli otse vastupidised. Samal ajal kui ühed autorid soovivad näiteks süstida söögisooda lahust veenisisesi [T. Hagesgava (24)], peavad teised [Tabatt ja Brown (25), Williams (26)] vajalikuks naatriumiioonide kõrvaldamist organismist ja nende asendamist kaaliumiioonidega. Universaalseid vahendeid ei ole, ravi tuleb sageli individualiseerida. Haigele on tarvis võimaldada täielikku rahu. Ta peab vältima vaimseid ja füüsilisi pingutusi. Ühtlasi tuleb haiget psüühiliselt mõjustada. Rahustavate vahendite kõrval (broom, palderjan, uinutid) kasutatakse hiniini, pilokarpiini, papaveriini, histamiini, kaltsiumi, nikotiinhapet, B₁-vitamiini, dibasooli, joodiühendeid ja veel paljusid teisi vahendeid. Sageli on vajalik soolavaene dieet, vähene vedeliku tarvitamine ja organismi dehüdreerimine. Märkimist väärib veel streptomütsiini manustamine suurtes doosides (2—3 g päevas), mille eesmärgiks on haige sisekõrva funktsioonivõime väljalülitamine [S. Hamburger, H. Hydin ja H. Koch (28), H. Hansen (28), L. Ruedi (29) jt.]. Teatavasti on streptomütsiin tasakaalu- ja kuulmisnärville mürgiks.

Viimasel ajal soovitatakse kasutada Ménière'i sündroomi raviks novokaiini nii *ganglion stellatum*'i [O. Meurmann ja B. Grahne (21), G. Passe (30), W. Moritz (31) jt.], pararenaalse [T. M. Isakevitš (32)] kui ka ninasisese bloki kujul (J. S. Tjomkin). Meie kliinikus on Ménière'i sündroomi (nagu muudegi sisekõrvakahjustuste) puhul rakendatud intravenooset novokaiinravi. Kasutatakse 0,25-protsendilist novokaiinilahust, mida süstitakse veenisiseselt iga päev aga suurenevates doosides, alates 2—3 ml kuni 15—20 ml ja jälle tagasi. Novokaiin kui interoretseptorite blokaator summutab sisekõrva suunduvaid patoloogilisi reflekse ja soodustab sellega haiguse paranemist. Kokku oleme novokaiini rakendanud 39 statsionaarselt ravitud Ménière'i haige juures, valdaval enamikul võis märgata selle positiivset mõju. Häirivalt mõjus mõne haige tundlikkus novokaiini suhtes, mis avaldus vappekülmana ja palavikuna pärast novokaiini süstimist.

Mõnel juhul avaldas head toimet organismi reaktiivsuse ümberkölastamine insuliini abil. Seda kasutasime kümne haige juures. Mainimata ei saa ka jätta kaitsvat pidurdusravi süvendatud medikamentoosse une abil. See andis paljudel juhtudel soovitud efekti.

Täielikult taastusid 9 haiget. Siia kuulusid peamiselt need, kelle haigus oli algstaadiumis (esimene või teine hoog), haigusnähud olid vähem tormilised ja orgaanilisi muutusi ei esinenud. Teised paranesid suuremal või vähemal määral. Püsima jäid siiski halvenenud kuulmine või kõrvade kohisemine. Esinesid ka retsidiivid, kuigi vähemal määral kui vare-

mini. Kuuel juhul ei õnnestunud haige seisundit märgatavalt parandada: hood kordusid ka edaspidi endise ägedusega, eriti juhtudel, kui haigus oli kestnud juba pikemat aega ja sisekõrvas olid tekkinud ulatuslikud irreversiibelsed muutused.

Järeldused

1. Ménière'i sündroom on põletikuta kulgev sisekõrva haiguslik seisund, mille etioloogia võib olla mitmesugune ja tekkemehhanism veel mitte päris selge.

2. Haiguspildi aluseks on üheaegne vestibulaar- ja kuulmisanalüsaatori perifeerse osa kahjustus, mis põhjustab peapööritust, tasakaaluhäireid, vegetatiivseid reaktsioone (iiveldus, oksendamine) ja samal ajal ka kõrvade kohisemist ning kuulmise nõrgenemist.

3. Haigusnähud on perioodilised, kusjuures hoogude vaheajal tasakaaluhäired kaovad, kuulmishäire on aga püsiv ja kulgeb progresseeruvalt.

4. Põhiliseks raviks on medikamentoosete vahendite kõrval haigetele psüühilise ja füüsilise rahu võimaldamine ning neuroreflektorsete mõjude kõrvaldamine. Retsidiivide vältimiseks on vaja kindlaks teha etioloogilised tegurid ja need likvideerida.

Kirjandus

1. Агеева-Майкова О. Г. и Юдина Е. Ф. — Вестник оториноларингол., 1946, 16—19.
2. Циммерман Г. С. — Клиническая отоневрология. Москва, 1952.
3. Циммерман Г. С. — Вестник оториноларингол. 1958, 1, 49—53.
4. Миньковский А. Х. — Вестник оторинол. 1956, 6, 15—20.
5. Александров И. Н. — Вестник оторинол. 1956, 2, 7—19.
6. Wittmaack, K. — tsit. Marxi ja Zangemeisteri järgi.
7. Marx, H. — Kurzes Handbuch der Ohrenheilkunde. Jena, 1938, S. 437—448.
8. Говерс В. Р. — Руководство к болезням нервной системы. СПб 1896, т. 11.
9. Бейлин Б. С. — в кн. Проблема невропатологии. Харьков. 1928, 105—111.
10. Новинский Г. Д. — Вестник оториноларингол. 1957, 1, 62—64.
11. Hochwart, F. — tsit. Marxi järgi.
12. Kobrak, F. — Handbuch der Neurologie des Ohres. Berlin—Wien, 1928, Bd. II, 1. Teil, 535—556.
13. Гольдин С. Я. — Отоневрологические симптомы и синдромы. 125—130, М., 1951.
14. Solfridge, G. — Arch. otolar. 1949, v. 49, p. 1—15.
15. Schuster, B. H. — ref. Медиц. реф. журнал, разд. 11, 1957, 4, 121.
16. Lempert, J., Wolff, D., Rambo, J. H. F., Wever, E. G. ja Lawrence, M. — tsit. Minkovski järgi.
17. Розенфельд И. М. — Вестник оторинол. 1956, 4, 37—44.
18. Permin, P. M. and Poulsen, H. — Acta otolaryngol. 1957, vol. 47, p. 219—230.
19. Walsch, T. E. — ref. Медиц. реф. журнал, разд. 11, 1957, 4, 122—123.
20. Opheim, O. and Flottorp, G. — Acta otolaryngol. 1957, vol. 47, p. 202—218.
21. Meurmann, O. H., Grahne, B. ref. Мед. реф. журнал, разд. 11, 1957, 1, 97.
22. Zangemeister, E. und Kietz, H. — Einführung in die Audiometrie. Wiesbaden, 1953.
23. Темкин Я. С. — Глухота и тугоухость. М., 1957.
24. Hagesgava, T. — ref. Arch. Otol., 1950, vol. 50.
25. Tabatt, Brown — ref. Мед. реф. журнал, разд. 11, 1957, 4, 121.
26. Williams — ref. Мед. реф. журнал, разд. 11, 1957, 4, 121.
27. Hamburger, S. A., Hydin, H. und Koch, H. — Arch. für Ohren — usw. heilk. 1949, B. 155, S. 667—682.
28. Hansen, H. — Ann. Otol., Rhinol. and Laryngol. 1951, v. 60, p. 676—692.
29. Ruedi, L., Furrer, W., Escher, F. and Leethy — Acta otolaryngol. 1949, Suppl. 78, p. 66—77.
30. Pässe, G. — Acta otolaryngol. 1952, vol. 42, p. 133—151.
31. Moritz, W. — Monatschr. Ohrenheilk. 1953, 1, S. 17—23.
32. Изакевич Т. М. — Труды Ижевского мед. инстит., 1951, X, 319—323.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СИНДРОМА МЕНЬЕРА

В. Сяргава

Резюме

В Тартуской республиканской клинической больнице находились на лечении 74 больных с диагнозом синдрома Меньера, из них: 39 женщин и 35 мужчин. Из общего количества больных 40 были в возрасте от тридцати до пятидесяти лет, моложе тридцати — 14 и старше пятидесяти — 20.

Клиническая картина в зависимости от частоты и силы приступов нередко была различной. В 8 случаях наблюдалась острая, очень сильная апоплексiformная аффекция вестибулярного аппарата. В подавляющем большинстве случаев приступы протекали более или менее остро, причем доминирующими явлениями были: головокружение, тошнота, часто также рвота, расстройство равновесия. Шум в ушах и понижение слуха замечались у больных обычно реже; лишь в некоторых единичных случаях они доминировали над вестибулярными явлениями. Но все же понижение слуха и шум в ушах являются важными симптомами при синдроме Меньера. В перерыве между приступами расстройство равновесия исчезает, между тем как расстройство слуха остается постоянным и имеет прогрессирующее течение.

Этиологические моменты обычно не поддавались выяснению, лишь у отдельных больных можно было определить предполагаемую причину болезни (атеросклеротические изменения в пожилом возрасте, присоединяющиеся к климаксу эндокринные расстройства, ангионевротические явления, травмы, психические и физические перенапряжения и т. д.). Из вышеприведенного можно сделать вывод, что причины синдрома Меньера в единичных случаях могут быть очень различными.

Наряду с применением медикаментозных средств необходимо в основном предоставлять больным психический и физический покой, а также устранять нейрорефлекторные влияния. Кроме обычных лечебных средств (успокаивающие, дибазол, препараты иода, кальций, никотиновая кислота, витамин В₁₂, хинин, папаверин) в 39 случаях применялось лечение новокаином (внутривенные инъекции 1/4% раствора). Новокаин как блокатор интерорецепторов заглушает идущие во внутреннее ухо патологические рефлексы и способствует таким образом улучшению состояния больного. Положительное действие новокаина наблюдалось в большинстве случаев. Хорошее действие в некоторых случаях оказывала переустановка реактивности организма курсом лечения инсулином, который был применен к 10 больным. Нельзя не упомянуть метода лечения защитным торможением в виде удлиненного медикаментозного сна, который нередко давал положительные результаты.

В заключение надо отметить, что полное выздоровление было достигнуто в 9 случаях синдрома Меньера в основном тогда, когда лечение применялось в начальной стадии болезни и явления были мало выраженными. В других случаях же улучшение состояния больного наблюдалось в большей или меньшей степени. У шести больных заметного улучшения состояния достигнуть не удалось.

Õpilaste meditsiinilisest läbivaatusest

M. Püümets

(Tallinna II Haiglast, peaarst A. J o a k i m o v)

Õpilaste tervishoiualane teenindamine ja nende perioodiline arstlik läbivaatus on meie vabariigis puudulik. Nii näiteks ei vaadata õppeaasta jooksul läbi kõiki õpilasi ja kuigi vaadatakse, siis ei tutvustata lastevanemaid läbivaatuste andmetega, eriti veel siis, kui laps kannatab mõne kehalise puuduse või haiguse all, mida oleks aga võimalik õigeaegselt ravida või kõrvaldada.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile saadetud 1957. a. aruannetest nähtub, et meditsiiniliselt on kõik õpilased läbi vaadatud Elvas, Haapsalus, Viivikonnas, Kallastel, Keilas, Kilingi-Nõmmel, Kiviõlis, Kingisepas, Lihulas, Loksal, Märjamaal, Paines, Rakveres, Raplas, Suure-Jaanis, Tapal, Aegviidus, Amblas, Türil, Valgas, Viljandis, Vändras, Tootsis, Kohtla-Järvel ja Järvakandis.

Leidub aga ka linnu ja aleveid, kus osa õpilasi on läbi vaatamata. Mõnedes linnades ja rajoonides on läbi vaatamata üksikud õpilased, teistes aga rohkem ning üksikutes kohtades ei ole läbivaatust üldse olnud. Nii näiteks on läbi vaadatud Hiiumaal 99,8% õpilasi, Pärnus 99,2%, Võrus 99,1%, Põltsamaal 98,6%, Jõgeval 97,9%, Narvas 96,1%, Paldiskis 94,8%, Tallinnas 94%, Räpinas 93,8%, Sindis 93,8%, Tamsalus 92,2%, Antslas 91%, Jõhvis 90,9%, Tõrvas 90,1%, Kundas 88,2%, Otepääl 83,2%, Sompas 82,5%, Ahtmes 78,3%, Mustvees 75,9%, Abjas 70%, Karksis 70%, Pärnu-Jaagupis 56,7% ja Järva-Jaanis 47,5%. Täiesti läbi vaatamata on õpilased Mõisakülas, Kehras, Maardus, Udernas ja Paluperas.

Kohilas oli kolmandal semestril veel üle poole õpilastest läbi vaata-
mata, mille tõttu lastevanemad olid sunnitud pöörduma Tervishoiu
Ministeeriumi poole.

Läbivaatamata õpilaste tervislikust seisundist ei tea meie mitte midagi. Nende seas võib olla lapsi, kes põevad mitmesuguseid kroonilisi haigusi ja vajavad ravi.

On raske öelda, kui palju õpilasi maal 1957./58. õppeaastal läbi vaatamata jäi, sest jaoskonnaarstid märgivad oma aruannetes ainult läbi vaadatud õpilaste arvu, näitamata õpilaste üldarvu. Läbivaatamata õpilased on jäänud ka gruppidesse määramata. Viimane on aga kehalise kasvatusese seisundilt väga tähtis. Vabariigi ulatuses tõuseb läbivaatamata õpilaste arv tuhandetesse ja seepärast ei ole ime, kui tekib rahulolematust kooliarstide ning kõigi teiste arstide töö suhtes, kellel lasub õpilaste läbivaatamise kohustus.

Et 1957. a. jäi palju lapsi läbi vaatamata, selles on süüdi ka koolidirektorid, sest nad vastutavad kogu töö eest koolis ja arst on nendele abiks kooli- ning õpilaste isikliku tervishoiu küsimustes, samuti nagu õppealajuhataja on neile abiks ja vastutav õppetöö alal.

Direktor on kohustatud nõudma, et kooliarst või mõni teine arst, kellele on pandud kooliarsti kohused, esineks vähemalt kord poole aasta jooksul pedagoogikanõukogus ettekandega õpilaste tervisliku seisukorra kohta õpilaste läbivaatuse andmetel. Arusaadav, et sel juhul tuleb arutusele ka läbivaatamata õpilaste küsimus, kui neid on olemas, ja kooli-

direktoril on õigus nõuda arstidelt kõigi õpilaste läbivaatamist. Kui koolidirektorid pööravad õpilaste läbivaatamisele rohkem tähelepanu, siis väheneb ka läbivaatamata õpilaste arv. Kooliarstide töö tuleb korraldada nii, et igal õppeaastal kõik õpilased läbi vaadataks.

Mis puutub õpilaste läbivaatamisse üldiselt, siis peaks siin järgmist silmas pidama: õpilaste tervislikust seisundist peab olema huvitatud mitte ükski arstlik personal ja koolidirektorid, vaid ka klassijuhatajad, kehalise kasvatususe õpetajad ja lastevanemad. Kõige õigem oleks, kui viimased viibiksid arstliku läbivaatuse juures, kuid seda on praktiliselt raske korraldada. Kehalise kasvatususe õpetaja ja klassijuhataja ei saa läbivaatusest osa võtta, sest nad peavad oma töö juures olema, sest läbivaatusel on korraga 3—4 õpilast ja ülejäänud jätkavad oma tööd klassides. On võimatu kõiki õpilasi klasside kaupa korraga arsti kabinetti paigutada ja ka õpilaste vanematel ei ole võimalik sinna tulla. Sellepärast vaatavad õpilasi läbi ainult arst ja meditsiiniõde. Kuid kooliarst on kohustatud informeerima nii kehalise kasvatususe õpetajat kui ka klassijuhatajat kõigist tervise häiretest ja haigustest, mis õpilastel leiduvad. Peale selle on arst kohustatud informeerima kehalise kasvatususe õpetajat, missugusesse gruppi iga õpilane on paigutatud ja hoolitsema, et õpilased, kes vajavad sanatoorset või erialast ravi, seda saaksid.

Kooliarst või arst, kes õpilast läbi vaatab, on kohustatud pärast läbivaatust õpilaste vanemaid informeerima kõigist haigustest ja tervise häiretest, mis õpilastel leiti. Seda ei saa teha lastevanemate üldkoosolekul, kus kõne all võivad olla ainult üldised tervishoiualased küsimused, mis puudutavad kõiki õpilasi, vaid selle küsimuse lahendamiseks on arst kohustatud lapse isa või ema vastuvõtu ajal enda kabinetti kutsuma ja nendele lähemalt seletama ning nõu andma, mis õpilase tervise häire kõrvaldamiseks on vaja teha.

Juhime kehalise kasvatususe õpetajate tähelepanu sellele, et nad lubavad sageli õpilastel võistlustest osa võtta ilma eelneva arstliku kontrollita. See ei ole õige. Kõik õpilased tuleb enne võistlust arstlikult läbi vaadata. Õpilastel peab võistlustest osavõtuks olema arsti luba nagu täiskasvanutelgi.

Kooliarstide ja meditsiiniõdede töö korraldamiseks on välja antud rida eeskirju ja instruksioone, milledest teeme lühikese kokkuvõtte.

Kooliarsti peamiseks ülesandeks on koolides sanitaar-hügieeniliste ja ravi- ning profülaktikaalaste abinõude rakendamine, mis soodustavad õpilaste füüsilist ning vaimset arengut.

Iga õppeaasta algul on kooliarst kohustatud organiseerima õpilaste põhjaliku arstliku läbivaatuse. Saadud andmete analüüsi tulemusena töötatakse välja kompleksne plaan koos pedagoogikanõukogu ja lastevanemate esindajatega vajalike tervistavate abinõude rakendamiseks. Eriarvele võetakse tuberkuloosi ja reumat põdevad kui ka luustiku defektidega, nägemishäiretega jt. õpilased.

Koos kehalise kasvatususe õpetaja ja klassijuhatajaga jagatakse õpilased vastavatesse gruppidesse. Kooliarst kontrollib kehalise kasvatususe tunde. Vastavalt õpilaste kasvule valitakse nendele sobiva suurusega koolipingid.

Nakkushaiguste vältimiseks rakendab kooliarst abinõusid profülaktika ja epideemiatõrje alal. Ühtlasi kontrollib ta süstemaatiliselt kooli- ja internaadiruumide, mängu- ja spordiväljakute sanitaarhügieenilist seisukorda ning klassiruumide valgustust ja ventilatsiooni. Samuti kontrollib kooliarst õpilaste toitlustamist. Erilist tähelepanu on ta kohustatud pöörama sanitaarharidustööle. Koos vanemate aktiivi ja õpetajatega määratakse kindlaks õpilaste vaba aja veetmine ja kodune päeva-režiim. Kooliarst organiseerib ja kontrollib Punase Risti aktiivi ja sanitaarpostide tööd ning on pedagoogikanõukogu liige. Arsti abistab koolis meditsiiniõde.

О врачебном осмотре школьников в 1957 г.

М. Пюйметс

Резюме

Во многих городах и поселках республики подверглись медицинскому осмотру все школьники, в некоторых же местах — не все. Встречаются еще школы, где школьники остались без врачебного осмотра. Такое положение не допустимо. Если к концу первого квартала врач в школу не явился, то директор школы обязан сигнализировать об этом своему начальству для принятия соответствующих мер.

Ravi- ja profülaktikaasutuste töökultuurist

V. Heidemaa,

Suure-Jaani rajoonihaigla peaarst

Meditšiinitöötajate igapäevane tegevus dikteerib vajaduse analüüsida ravi- ja profülaktikaasutuste töökultuuriga seoses olevaid küsimusi.

Meie haiglais rikutakse sageli meditsiinilise deontoloogia aluseid.

Haiglas ei arvestata sageli seda, et juba raviastutuse režiim võib osutada teatud tingimustel ja läbimõeldud vormides ravivaks teguriks.

Mitte alati ei mõisteta seda, et haige ravimine algab juba kõnelusega ühe või teise meditsiinasutuse registratuuris või haige vastuvõtmisel haiglasse. Esimesed muljed raviastutusest omavad olulist tähtsust. Nii nagu registratuur on polikliiniku töö peegliks, peegeldab vastuvõtuosakond haigla tööd.

Teame, et hoolitsus, tähelepanelikkus ja tõeline huvitundmine haigestunud inimese olukorra vastu on haige tervenemiseks sama tähtsad kui ravimid. Kui me seda ei mõista, siis võime irreversiibelselt traumatiseerida haigete psüühikat.

Sageli alustatakse mõnedes haiglates hommikuste koristustöödega juba õige vara (kell kuus või seitse). Sellega lühendatakse haigete uneaega, mis lähtudes kaitsvast ravirežiimist pole sugugi õige. Mõnikord hilineb hommikusöök. Viimane mõjub häirivalt ravitööle, samuti ka haige seedimisele.

Kuid ka arst ei või oma tööga hilineda. Näiteks lõunasöögi ajal ei tohi haiget enam uurida, koputleda ega kuulatleda.

Päevakavas ettenähtud vaikselt tunnil ei tohi keegi palati rahu häirida. Pealelõunase magamisega pikendame haigete füsioloogilist und, mis omakorda tõstab nende emotsionaalset toonust.

Pärast lõunat ei tegele haigega enam keegi ja ta hakkab tihti sel ajal oma haigust analüüsima. Tarvis on haige psüühilisest eneseanalüüsist eemale viia, sest ta kardab näiteks, et ta ei saa terveks, ei saa tagasi perekonna juurde jne. Suvel saab seda lünka kompenseerida jalutamise ja vabas õhus, talvel aitavad raamatud, eriti aga sanitaarharidustöö.

Mis puutub ööperioodi, siis siin oleks vaja, et vähemalt pool tundi enne öörahu lõpetatakse vestlused ja mängud, sest need häirivad uinumist ja une sügavust.

Tervemad haiged kalduvad tihti just öörahuks määratud kellaajal vestlustesse, kuid siin peab valvpersonal olema printsiipiaalne, sest algav öörahu kehtib kõikide suhtes.

Raskeks probleemiks on valguse sisselülimine öösel, kui öde käib korduvalt haigeid süstimas. Selleks tuleb asetada igale öölauale laualamp, millega välditakse laevalgustuse sisselülmist öösel ega segata magavaid haigeid.

Vaatamata sellele, et enamasti on haiglais ustel ja seintel hoiatavad sildid «Tasa!», mis manitsevad vaikusele, jääb sageli mulje, nagu kutsuks see korrale ainult haigeid. Selles suhtes eksib sageli ka haiglat teenindav personal. Kõva häälega rääkimine ja kõra haiglas, olgu see siis köögist tulevad hääled, telefonihelin või kõige sagedamini personali kõne, väsitavad haiget.

Väga oluline on ka haige neuropsüühilise toonuse tõstmine ja negatiivsete emotsioonide vältimine. Ebameeldivad teated ei pea ulatuma haigeni. Tuleb osata kõnelda haigega, iga meditsiinitöötaja peab olema ka psühholoog.

Haige juures ei tohi kunagi näidata oma erutust.

Sageli kõneldakse nikotiini kahjulikkusest inimorganismile, kuid samal ajal annavad meditsiinitöötajad halba eeskuju. Paljudes haiglates on arstitoad maast laeni suitsu täis, ning pole siis ime, et haiged esitavad meditsiinipersonalile küsimuse: «Kas meditsiinitöötajaile ei olegi suitsetamine kahjulik?»

Kahtlemata palju rohkem tahaks haiglais näha rohelist, lilli. Muga-vuse ja hubasuse tõstmisel haiglates on meditsiinitöötajail ees veel laialdane tööpõld.

Soodsate väliste faktorite toime organismisse tõstab haigete emotsionaalset toonust ja taastab kiiremini tervise. Selleks tuleb rohkem tähelepanu pöörata haiglate ümbruse korrastamisele ja haigla kaunistamisele lilledega.

Ka polikliiniliste-ambulatorsete haigete teenindamisel esineb puudusi. Näiteks tavatsevad mõned kirurgid ja otorinolarüngoloogid oma kabinetti kutsuda korraga 5—10 haiget, keda siis meditsiiniõe abil asutakse «konveierisüsteemis» läbi vaatama. Siin näevad haiged mitmesuguseid ebameeldivaid juhtumeid, mis ei tekita positiivseid emotsioone.

Eelöeldu osas tuleks mõelda: 1) kas kabiinilisele (isoleeritud) teenindamisvormile või 2) redutseerida ühel ajal vastuvõetavate haigete arv ainult ühele isikule.

Käsitledes ravi- ja profülaktikaasutuste töökultuuri ei saa mööda minna meditsiinitöötajate kultuurse käitumise küsimusest.

Iga meditsiinitöötaja — olgu see sanitar, öde või arst — peab andma oma parima selleks, et haige võimalikult kiiremini terveneks. Me ei tohi näha haigetes minisuguseid objekte, keda me teenindame ja hooldame selleks, et teenida endale ülalpidamist.

Haigla on ravi- ja profülaktikaasutus, mis peab juurutama ka haigeisse sanitaar-kultuurilisi harjumusi. Siin peavad meditsiinitöötajad olema eeskujuks.

Tuleb igati tervitada Tervishoiu Ministeeriumi initsiatiivi selles, et käesoleval aastal saavad sanitarid, öed, arstid ja haiged kaunima tegumoega rõivastuse, mis on üheks raviprofülaktikaasutuste töökultuuri tõusu näitajaks.

Töökultuuri edasiseks tõusuks ravi- ja profülaktikaasutustes ei piisa üksnes meditsiinitöötajate jõududest. Siin tuleb igati tervitada Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee initsiatiivi, kes otsustasid läbi viia vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondliku ülevaatuse.

Siinjuures on meil vaja tugineda elanikkonna laiade hulkade loovale aktiivsusele, ellu rakendada nende väärtuslikud ettepanekud, selles seisneb meie haiglate töö üks peamisi põhimõtteid, selles on tulevaste edusammude pant meie töökultuuri tõusuks.

О культуре работы лечебно-профилактических учреждений

В. Хейдемаа

Резюме

Одну из основных задач советского здравоохранения — повышению культурного уровня работы лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников необходимо подвергать систематическому обсуждению во избежание грубого нарушения основ медицинской деонтологии, так как не всегда понимают, что общий режим в лечебных учреждениях в определенных условиях и продуманных формах является лечебным фактором. В обращении с больными существенным оказывается повышение психического тонуса, т. е. устранение негативных эмоций. С больными необходимо уметь разговаривать, каждый медицинский работник должен быть и психологом.

Надо больше обращать внимание на оздоровление больничной среды. Это положительно влияет на эмоциональный тонус больных и способствует восстановлению здоровья.

Культурное обращение медицинских работников с больными органически связано с общей культурой работы в медицинских учреждениях, но медработники нередко ошибаются против правил обращения с больными. Необходимо еще больше повысить активность широких масс населения, больше обращать внимание на вносимые ими ценные предложения по затронутому вопросу. Чем чаще будем заниматься обсуждением вопросов, связанных с культурой работы медицинских учреждений, тем легче и скорее нам удастся устранить имеющиеся еще недостатки.

Konverents soolte nakkushaiguste küsimustes

3. ja 4. juunil 1958. a. toimus Tallinnas vabariiklik konverents ägedate sooltenakkuste küsimustes. Konverentsist võtsid osa sanitaar- ja epideemiatorje arstid, infektsionistid ning pediaatrid.

Esimesel päeval esinesid sõnavõttudega Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog K. Vassiljeva ägedate sooltenakkushaiguste küsimuses ja peasanitaarinspektor I. Masik, kes kõneles sanitaarsest olukorrast vabariigis (ettekanne avaldatakse käesolevas numbris).

K. Vassiljeva poolt esitatud andmetest nähtus, et düsenteeria levis meil 1957. a. peamiselt kontaktnakkuse teel ja elukondlikel põhjustel. Mõned haiguspuhangud tekkisid aga ka vee või toiduainete vahendusel. Eestis esinevat düsenteeriat iseloomustab kaks tõusuperioodi, kevadine (veebruari-aprill) ja sügisene (august-oktoober). Haigestumisjuhtude sagenemist sügisel täheldatakse peamiselt maarajoonides. Bakterioloogiliselt tõestati meil düsenteeria 1956. a. 37,20% ja 1957. a. 39,8% juhtudest. 1957. a. oli bakterioloogiliselt kinnitatud düsenteeriajuhtudest 52,6% põhjustatud Sonne, 31,6% Flexner'i, 15,4% Newcastle'i, 0,2% Boyd-Novgorodskaja ja 0,1% Schmitz-Stutzer'i düsenteeriakepikestest.

Düsenteeriavastase võitluse edu garanteerib NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 237-M range täitmine.

Tallinna II Haigla polikliiniku tööst sooltenakkuste alal kõneles peaarsti asetäitja polikliinilisel alal A. Alihhanov ja haigla sooltenakkuste kabineti juhataja B. Aronstam. Mainitud kabinet on kujunenud polikliiniku metoodilis-konsultatiivseks keskuseks soolte ägedate nakkushaiguste alal ja töötab tihedas kontaktis jaoskonnaarstidega, epidemioloogiga ning sanitaar-epidemioloogia jaamaga.

Lastepolikliiniku kogemusi sooltenakkuse tõrje alal valgustas Tallinna Lastehaigla peaarst A. Ustinova. Laste sooltenakkuste kabineti töö reorganiseerimine, epidemioloogi ja tema abi töölerakendamine ning 20 voodikohaga helmintoloogilise punkti avamine on tunduvalt parandanud võitlust laste sooltenakkushaigustega.

Düsenteeriatõrje küsimusi Tartu rajoonis käsitles Tartu rajooni sanitaar-epidemioloogia jaama peaarst E. Eller. Düsenteeria nakkusallikate aktiivseks avastamiseks tehakse Tartu rajoonis laialdasi bakterioloogilisi uurimisi. Selle tagajärjel on 1957. a. registreeritud düsenteeriajuhtudest üle ühe kolmandiku avastatud aktiivselt.

Nakkushaiguste tõrje organisatsioonsete küsimuste arutlemisel peatuti ka sanitaarharidustöö (H. Bochman) ja sanitaaraktiivi organiseerimise (B. Pšenitšnikov) probleemide juures.

Konverentsi teisel päeval esines ettekandega *coli-enteriitidest* Leningradi Pasteur'i nimelise Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi professor E. Novgorodskaja, kes käsitles põhjalikult nende haiguste etioloogiat, diagnostikat ja epidemioloogiat. Viimane esitas ka oma instituudi teadusliku töötaja V. Arbusova ettekande salmonellooside epidemioloogiast ja mikrobioloogiast (vt. ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» nr. 3, lk. 38). Huvitavaid tähelepanekuid düsenteeriapisikute säilimise kestuse kohta väliskeskkonna tingimustes esitas Pasteur'i instituudist meditsiiniteaduste kandidaat M. Idina.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad esitasid konverentsil neli ettekannet. Noorem teaduslik töötaja A. Svitškarjova andis ülevaate patogeensete soolkepi-keste osatähtsusest laste sooltenakkuste etioloogias. Tema poolt uuritud lastel esinesid *Escherichia coli* patogeensed tüved haigestumiste põhjustajatena 58,6% kliiniliselt peamiselt düsenteeriaks peetud haigusjuhtudel, kusjuures prevaleerib sero-tüüp O₁₁₁. Meditsiiniteaduste kandidaat R. Rjuminskaja uurib düsenteeriabakterite atüüpilisi tüvesid. Tema uurimistöö tulemustest nähtub, et atüüpilised tüved põhjustavad meil haigestumist 1—1,5% juhtudest. Nende diagnoosimist soodustab vastavate monovalentsete bakteriofaagide kasutamine. Bioloogiateaduste kandidaat K. Ahhundova rääkis düsenteeriatekitajate ravimresistentsuse määramise meetodikast ja kirjeldas oma vastava uurimistöö esialgseid tulemusi. Instituudi direktor A. Jannus kõneles *coli*-kepikeste antagonistlikust toimest düsenteeriatekitajatele ja juhtis tähelepanu antibiootikumide põhjendamatu kasutamise ohtudele.

Järgnevad ettekanded käsitlesid varaealiste laste ägedate sooltenakkuste diagnostikat (S. Saar, A. Vares), kliinikut ja ravi (M. Tsarik, E. Müllerbeck) ning profülaktikat. Üksmeelselt rõhutati vajadust luua Eesti NSV-s võimalused *coli*-enteriitide laboratoorseks diagnoosimiseks.

Peale düsenteeria arutati konverentsil veel kõhutüüfuse (I. Urman, O. Tamm) ja epideemilise hepatiidi probleeme. Tallinna Nakkushaigla arst R. Mai rõhutas, et epideemilise hepatiidi levikut soodustab haigete hiline avastamine ja nende mitteküllaldane hospitaliseerimine.

Konverentsi puuduseks oli programmi liigne ülekoormamine ettekannetega. Nii näiteks oli teisele päevale kavandatud ligi 20 ettekannet, mille tõttu läbirääkimiste ajal võtsid sõna ainult üksikud arstid. Ettekannete jälgimist raskendas ka teeside puudumine, mille trükkandamisega hilineti.

Üleliiduline nakkushaigustealane nõupidamine Harkovis

Üleliiduliste konverentside ja nõupidamiste plaani kohaselt toimus Harkovis nakkushaigustealane nõupidamine, millest võtsid osa sanitaar-epidemioloogia ning ravi- ja profülaktikaasutuste arstid.

Nõupidamisel kuulati ära ja arutati läbi NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja V. Ždanovi ning Punase Risti ja Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee aseesimehe P. Divakovi ettekanded.

Professor V. Ždanov andis ülevaate 1957. a. esinenud nakkushaigustest ja püstitas konkreetsed ülesanded nende haiguste vähendamiseks.

Üleliidulises ulatuses vähenes haigestumine järgmistesse nakkushaigustesse: malaaria — 61%, difteeria — 16%, puuk-entsefaliit — 26%, sarlakid 1/3 võrra jne.

Ära märkides ebasoodsat olukorda soolte ägedate nakkushaiguste suhtes, rõhutas V. Ždanov vajadust rakendada süstemaatiliselt ja rangelt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirja nr. 237 nõudeid.

Võitluses epideemilise hepatiidiga tuleb lahendada hulk sanitaaralaseid küsimusi, parandada tööd diagnostika ja ravi alal ning kasutada laialdaselt väikesi gammaglobuliini annuseid.

Professor V. Ždanov rõhutas samuti vaksineerimiste tähtsust difteeria, läkaköha, poliomüeliidi ja gripi profülaktikas. Ühtlasi tehti vaktsiinide ja seerumite teadusliku uurimise instituutidele kiireloomuliseks ülesandeks kombineeritud vaktsiinide tootmine.

Meditsiiniteaduste Akadeemia tegevliige professor P. Sergejev viitas nakkushaiguste juhtude arvu suurele langusele.

Ettekannetes rõhutati sanitaaraktiivi ja sanitaarharidustöö suurt tähtsust nakkushaiguste vähendamisel.

Valgevene NSV tervishoiu ministri asetäitja D. Beljatski kõneles massliikumise kogemustest võitluses elukondliku ja tööstusliku puhtuse ning tervishoiuliste tingimuste loomise eest.

Nõupidamisest osavõtjad olid veendunud selles, et meil on olemas kõik võimalused nakkushaiguste, eriti aga soolte ägedate nakkushaiguste esinemise järsuks vähendamiseks.

Konverents toitumise ja endokrinoloogia küsimustes

28. ja 29. mail s. a. toimus Tallinnas teaduslik konverents toitumise ja endokrinoloogia küsimustes. Konverentsi tööst võttis osa ligi 200 inimest.

NSV Liidu Meditsiiniliste Teaduste Akadeemia Toitlustamise Instituudi direktor professor O. Moltšanova esines konverentsil referaadiga «Toitumise tähtsusest aklimatiseerumisel». Mitmesugustes tingimustes (Pamiiris 3700—4200 m kõrgusel, Kara-Kumi kõrbes ja polaarpiirkonnas) toimunud uurimustest selgus, et toitumine omab aklimatiseerumisel suurt tähtsust. Kõrgmäestikus pikemaajalisel elamisel tekkiva atsidoosi kompenseerimiseks tuleb tarvitada vajalikul määral köögivilja. Kõrbekliimas peab tähelepanu pöörama veerežiimile ning kloriidide ainevahetusele. Polaarkliimas on suurenenud C-, B₁-vitamiini, nikotiinhappe ja mõningate teiste vitamiinide tarvidus.

NSV Liidu Meditsiiniliste Teaduste Akadeemia Toitlustamise Instituudi professor V. Jefremov kõneles hüpovitaminoosidest ja võitlusest nende vastu.

Farmaatsiateaduste kandidaat E. Vagane ja meditsiiniteaduste kandidaadid E. Kogerman ning M. Kull käsitlesid C-vitamiini küsimust Eesti NSV-s. Põlevkivikaevuritel, rasedatel, rinnaga toitvatel emadel, kooliõpilastel jt. esineb talvel ning kevadel tunduv C-vitamiini puudus. Selle puudujäägi katmiseks on vaja paremini kasutada kohalikke looduslikke vitamiiniressursse ja süstemaatiliselt vitamineerida toitu C-vitamiiniga.

Eesti Põllumajanduse Akadeemia vanem-õpetaja A. Männik rääkis eksogeensest C-vitamiinist kui kasvufaktorist. Eksogeense C-vitamiini toime looma kasvusse on olnud kasvuperioodist ja selle vitamiini bioloogilise sünteesimise ulatusest organismis.

Eesti Põllumajanduse Akadeemia töötajad professor I. Sibul ning P. Kibe, K. Kadarik ja R. Pork käsitlesid P-vitamiini ja Tallinna Farmaatseutilises Tehases valmistatud rutiini toimet. I. Sibul ning P. Kibe tõestasid, et P-vitamiin tõstab punaste vereliblede osmootset resistentsust. K. Kadarik ning R. Pork tulid järeldusele, et rutiin, mis aktiivselt võtab osa kudede oksüdatsiooniprotsessist, mõjub üheaegselt ka punastele verelibledele suurendades nende hingamispiinda.

Tartu Riikliku Ülikooli dotsent E. Rannak juhtis tähelepanu ühekülgsel toitumisele, mis tekib rafineeritud toiduainete tarvitamisel.

Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama laboratooriumi juhataja A. Aljak rääkis kahjustest, mis on tingitud värskeuse kaotanud kalasaadustest ja teistest toiduproduktidest. Kala ja teiste toiduproduktide kvaliteedi tõstmiseks on vaja paremini organiseerida toiduainete töötlemist ja kindlustada nende nõuetele vastav säilitamine.

Teine istung oli pühendatud endokrinoloogiaküsimustele. Vabariikliku Struuma-tõrje Dispanseri peaarst V. Paškov kõneles endokriinsetest haigustest Eesti NSV-s ja organisatorsetest abinõudest nende vastu võitlemisel.

Professor I. Sibul rääkis toidufaktorite ja endokriinse süsteemi vastastikustest suhetest, seostades endokriinse süsteemi häireid, eeskätt aga endeemilist struumat, ühekülgsel ja puuduliku toitumisega, mis kõrvuti neurogeensete teguritega on oluline endokriinsete häirete etioloogias.

Vabariikliku Struuma-tõrje Dispanseri laboratooriumi juhataja H. Eritš käsitles struuma histotopograafia küsimusi. Ta märkis, et aastail 1957—1958 opereeritud struumade histotopograafiline uurimine võimaldas palju paremini hinnata näärme parenhüümi aktiivsuse astet, selle iseloomu ja muutusi näärmekoes.

A. Paškov rõhutas oma ettekandes, et nii primaarse kui ka sekundaarse türeotoksikoosiga haigetel pidurdub maomahla nõristus ja langeb happesus. Pri-

maarset türeotoksikoosi iseloomustab seejuures väga elav, sekundaarset türeotoksikoosi aga pidurdatud mootorika.

Vabariikliku Struumaatõrje Dispanseri arst I. Podtšekajeva kõneles türeotoksikoosi kliiniku- ja raviküsimustest neerupealise koore talitluse puudulikkuse korral. Sõnavõtja näitas, et neerupealise koore talitluse puudulikkus on sagedasti kaasuv näht nii esmase kui teisese türeotoksikoosi, sealhulgas ka eutüreootsete struumade puhul. See nõuab raviskeemi vastava hormoon-, vitamiin- kui ka dieetravi lülitamist. Türeotoksikoosi ravimine radioaktiivse joodiga toimis neerupealise koore funktsionaalsele seisundile normaliseerivalt.

Meditšiiniteaduste kandidaat A. Kliiman rääkis sümpaatilis-adrenaalse süsteemi adaptatsiooniroofilise funktsiooni seisundist türeotoksikoosihäigetel. Tervete inimeste veres esineb füüsilise ja psüühilise tasakaalu juures adrenaliintüüpi lüminestseeruvaid aineid suhteliselt stabiilses kontsentratsioonis. Türeotoksikoosihäigete kirurgilise ravi perioodil on adrenaliinitüüpi ainete kontsentratsioon veres muutunud ja muutuste suurus on olnud türeotoksikoosi raskusest ning psüühilise ja füüsilise trauma suurusel operatsioonil.

Dotsent K. Kõrge ning H. Hanson esitasid kliinilis-laboratoorseid andmeid selle kohta, et uinutitel on kliiniline desensibiliseeriv toime. Nende manustamisel väheneb perifeerses veres eosinofiilsete leukotsüütide arv ja suureneb 17-ketosteroidide ja kortikosteroidide eritumine uriiniga (keskmiselt vastavalt 107% ja 81%). Autorid peavad võimalikuks, et uinutite desensibiliseeriv mõju on teataval määral seoses diencefaal-hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi talitluse intensiivistumisega ajukoore pidurduse seisundis.

Lõpuks kõneles Tartu Riikliku Ülikooli assistent K. Rägo põhiaine vahetuse kliinilise määramise meetodikat ja Eesti Põllumajanduse Akadeemia töötaja K. Kadarik demonstreeris elektroforegrammi nihutajat fotoelektrokolorimeetrile ФЭК-М.

Konverentsil võeti vastu otsus, milles toonitatakse toitumise ja endokrinoloogiaalase uurimise laiendamise vajadust Eesti NSV-s.

Neuroloogide ja psühhiaatrite konverents

13. ja 14. juunil toimus Viljandis Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite VIII vabariiklik konverents. Kolmel istungil esitati üldse 26 ettekannet, milledest mõned kutsusid esile elava mõttevahetuse.

Ülevaatega «Psühhoneuroloogilise abi organisatsiooni aktuaalseid küsimusi ENSV-s» esines vabariigi peapsühhiaater professor E. Karu, kes rõhutas ruumikitsikust psühhoneuroloogilistes haiglates ja vajadust Tartus ehitada kaasaegse tehnikaga igakülgset varustatud kompleksne psühhiaatriline ja neuroloogiline haigla. Konverents tegi seltsi juhatusel ülesandeks välja töötada meie vabariigi psühhoneuroloogilise abi arendamise perspektiivplaan ning esitada see Tervishoiu Ministeeriumile.

Teaduslike ettekannete osas kuulati ära ja anti hinnang töödele, mis on kavatsusel esitada IV üleliidulisel neuroloogide ja psühhiaatrite kongressil 1959. a. alguses. Kongressile otsustati soovitada kolm ettekannet: professor E. Karu «Perifeerse vere muutusist insuliinkoomas», dotsent E. Raudam «Akuutse poliomiüeliidi ravimisest ioniseeritud ja ioniseerimata hapnikuga» ja dotsent J. Saarma «Skisofreenia remissiooni dünaamika insuliinravi toimele». Kongressi šümpoosiumidele otsustati soovitada lühemate teadaannetena professor E. Karu «Alkoholi kvantitatiivse määramise sisseviimise vajadusest alkoholse joobe ekspertiisist» ja «Alkoholi põlemiskiirusest traumaatilistel epileptikutel», K. Männik «Alkoholi põlemiskiirusest veres pärast ägedat aju-kolju traumad», J. Tepp «Progressiivse paralüüsi ravist malaariaga ENSV-s 1945.—1957. a.» ja dots. J. Saarma «Seadeldis kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse mõningate näitajate samaaegseks registreerimiseks».

Peale nimetatute esitati konverentsil rida töid psühhiaatria ja neuroloogia aktuaalsetel teemadel. Psühhiaatria alal olid peamisteks küsimusteks skisofreenia ja alkoholism, eriti ravimeetodid, nende efektiivsus ja indikatsioonid. Esitati järgmised ettekanded:

I. Paulus: «Aminasiinravi remissioonide dünaamika ja hinnang skisofreeniahaigetel» — T. Aadla, L. Allikmets ja E. Kross: «Insuliinravi vahetud tulemused skisofreeniahaigetel Vabariikliku Tartu Kliinilise Psühhoneuroloogilise Haigla andmeil» — M. Saarma: «Kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse suhetest seoses närviprotsesside põhiomadustega» — V. Pais: «Tähelepanekuid kõrgema ja vegetatiivse närvitalitluse vahelkordadest kroonilistel skisofreeniahaigetel» — H. Kadastik: «Hüpnoosravi osatähtsusest funktsionaalsete häirete kõrvaldamisel» — N. Born ja H. Kohlap: «Katamnestic andmeid apomorfiiniga ravi

tud krooniliste alkohoolikute kohta Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogilises Haiglas 1955.—1957. a.» — K. Aru, E. Tulmin ja H. Ulp: «Vegetatiivsete näitajate nihetest kroonilistel alkohoolikutel antabus-alkoholi reaktsiooni puhul» — V. Zuhhar: «Psüühilised häired odontogeense infektsiooni alusel».

Neuroloogia alalt esitati mitmeid ettekandeid neuroinfektsioonide, samuti ka insultide ja kasvajate kliiniku ja ravi küsimustes:

A. Chevalier: «Kollageenhaigused neuroloogilises praktikas» — E. Põldvere: «Infektsioosset koreast Eesti NSV-s» — H. Tulmin: «Ägedate entsefalitide kliinikust ja ravist» — H. Saar: «Organismi reaktiivsuse nihetest polüskleroosi haigetel ravi toimetel» — A. Rekan: «Aju vaskulaarsete insultide ravist Tartu linnas» — R. Paimre: «Peaajukasvajate ja aju vaskulaarsete insultide diferentsiaaldiagnostikast» — A. Vaarask: «*Sclerosis multiplex* ravist B₁₂ vitamiiniga» — M. Farber: «Lumbosakraalsete radikuliitide ravist vitamiin B₁₂ epiduraalsete süstetega» — V. Tuur: «Galvaanilise valuproovi praktilisest kasutamisest».

Ettekannete teesid on avaldatud trükis eesti ja vene keeles.

Konverentsi tööst võtsid osa NSVL Tervishoiu Ministeeriumi Psühhiaatria Instituudi esindaja ja külalised Leedu NSV-st. Kahjuks ei olnud kohal aga esindajat meie vabariigi Tervishoiu Ministeeriumist.

Konverents näitas, et meie vabariigi psühhiaatrid ja neuroloogid töötavad aktiivselt ja püsivalt oma eriala põhiliste teaduslike probleemide lahendamisel. Konverents aitas kaasa psühhiaatria ja neuroloogia-alase profülaktilise, diagnostilise ja ravitöö olukorra parandamiseks vabariigis.

Seltsi järgmine konverents otsustati korraldada 1959. a. suvel Narvas.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee kolmandalt pleenumilt

Eesti NSV Punase Risti Seltsi töö kulgeb käesoleval aastal Nõukogude Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside 40-nda aastapäeva vastuvõtu tähe all.

1957. aasta tööülesanded täitis Eesti NSV Punase Risti Selts tervikuna edukalt. Seda hindas ka NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee presiidium omistades Eesti NSV Punase Risti Seltsile möödunud aasta töö eest kolmanda koha teiste vennasvabariikide vastavate organisatsioonide seas.

Eriti edukas on töö olnud õppiva noorsoo hulgas. Ligi 80 protsenti kõigist vastavas vanuses õpilastest on astunud Punase Risti Seltsi liikmeks. Oma sisu poolest hinnatakse Eesti NSV Punase Risti Seltsi tööd noortega parimaks NSV Liidu ulatuses. Eriti hästi on töö praegu organiseeritud Rakvere rajooni ja ka paljudes teistes koolides. NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee on otsustanud välja anda eribrošüüri Rakvere rajooni koolisektsiooni eesrindlike töökogemuste populariseerimiseks.

Kõikides rajoonides, ühe erandiga, juhivad Punase Risti Seltsi tööd meditsiinitöötajad rajoonikomiteede esimeestena, seepärast tuleb pidada saavutusi Punase Risti Seltsi töö alal peamiselt arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate teeneks. Eriti hästi on Punase Risti Seltsi tööd organiseerinud Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst ja Punase Risti Seltsi Tartu Rajoonikomitee esimees E. Eller, Rakvere rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst ja rajoonikomitee esimees U. Vagur, Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst, Punase Risti Tartu Linnakomitee esimees O. Tamm, Abja rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst ja Punase Risti Seltsi Rajoonikomitee esimees A. Pruuli ning paljud teised meditsiinitöötajad.

Paljudes Eesti NSV rajoonides on 20—25 protsenti elanikkonnast Punase Risti Seltsi liikmed, nagu Suure-Jaani, Rakvere ja Kose rajoonis ning Tallinna linnas.

21. ja 22. märtsil s. a. toimus Moskvas NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee neljas plenaaristung, kus märgiti, et Punase Risti komiteede tähtsaimaks ülesandeks on elanikkonna ja massiliste sanitaarüksuste isikulise koosseisu ettevalmistamise taseme tõstmine ning tervishoiuorganite abistamine profülaktilises töös.

Eesti NSV meditsiinitöötajad on nii möödunud kui ka käesoleval aastal rahuldavalt toime tulnud nii elanikkonna ja massiliste sanitaarüksuste ettevalmistamisega kui ka Punase Risti Seltsi aktiivi juhendamisega profülaktilises töös.

Viimasel ajal on märgatavalt paranenud ka sanitaarüksuste varustus, kuid Apteekide Peavalitsus ei suuda veel pidevalt anda sanitaarpaunade komplekteerimiseks vajalikke vahendeid. Süstemaatiliselt ei ole saada joodi, nuuskiiritust, veresulgureid, steriilseid sidemeid, individuaalpakendeid jne. Halvasti on varustatud paljud sanitaarpostid tööstusettevõtetes, kolhoosides ja sovhoosides põhjusel, et vastavate

objektide juhtkonnad ikkagi veel ei saa aru selle tähtsusest. Ka mõned meditsiini-töötajad ei hoolitse sanitaarpostide varustuse eest vajalikul määral ega vii süste-maailiselt läbi treeningõppusi sanitaarpostide isikulisele koosseisule.

Viimasel ajal on Punase Risti aktiivi abi tervishoiuorganitele pidevalt muutu-mas tõhusamaks.

Tallinna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama meditsiinitöötajad kasutavad sanitaar-aktiivi võitluses linna sanitaarse heakorra eest ja epideemiatõrjetöös. Käesoleval ajal võtavad peaaegu kõik Tallinna sanitaarsalgad osa elamute ja linna territooriumi sanitaarse korra kontrollimisest. Samasugust tööd tehakse toitlustusobjektidel; aktivistid valvavad, kuidas toitlustusettevõtted peavad kinni sanitaarnõuetest, toitude valmistamise juhenditest, valmistoodete säilitamise ja realiseerimistäht-aegadest jne.

Tallinna III Haigla jaoskonnaarst V. Lindpere on loonud sanitaaraktiiviga väga tiheda kontakti. Ta instrueerib aktiviste pidevalt ravi- ja profülaktikaasutuste ees seisvatest ülesannetest, viib nendega läbi nõupidamisi ning saab nende käest järje-kindlalt teateid sanitaarse seisukorra kohta oma jaoskonna objektidel ja elamu-sektoris.

Ka tervishoiupunktide laialdane profülaktikaalane töö ei ole mõeldav ilma sanitaaraktiivita. Hästi on selline töö organiseeritud näiteks V. Kingissepa nime-lises Tselluloosi- ja Paberikombinaadis, kompvektivabrikus «Karamell», Kehra Tselluloosikombinaadis, Tartu Lihakombinaadis ja paljudes teistes suuremates käitistes.

Sama suur tähtsus on hästi ettevalmistatud sanitaaraktiivil ka maal. Harju rajooni Kuusalu jaoskonnahaigla peaarst A. Koppel ei kujutle, et maaajaoskonna haigla saaks edukalt töötada ilma aktiivita. Siin on igas kolhoosi brigaadis sani-taarpostid. Peale selle on välja õpetatud veel 130 ühiskondlikku sanitaarvolinikku. Arstijaoskonna meditsiinitöötajate juhendamisel teeb sanitaaraktiiv oma igapäevast tööd kolhoosnikute sanitaarkultuuri tõstmisel, valvab karjafarmide, kaevude, üld-kasutatavate kohtade ning käimlate, kolhoositalude sanitaarse seisundi järgi. aitab teenindada dispanseeritud haigeid, avastab temperatuuriga haigeid, signaliseerib meditsiinitöötajatele kodusele ravile jäetud haigete seisukorrast jne.

Profülaktiline töö on hästi organiseeritud ka paljudes teistes maa-arstijaoskon-dades ja velskripunktides, nagu Viru-Roelas, Ahjal jne.

Kuid vabariigis leidub siiski veel terve hulk tervishoiuorganite juhatajaid ja üksikuid meditsiinitöötajaid, kes ei hinda sanitaaraktiivi kaasabi. Nii näiteks oli 1957. aastal Kiviõli Põlevkivi Ümbertöötlemise Kombinaadis olukord traumatismi alal ebasoodne ja nakkushaigustesse haigestumine äratas tähelepanu, kuid kombi-naadi arst ei tegele ka praegu veel profülaktilise tööga ega rakenda selleks sanitaar-aktiivi. Analoogiline olukord on ka Narvas.

Mustvee, Kallaste ja Räpina rajoonis on elanikkond nakatatud laiuksiga, kuid nendes rajoonides on vähe ettevalmistatud sanitaaraktiivi selle tõve vastu võitle-miseks.

Möödunud aasta lõpul ja käesoleva aasta II kvartalis saadeti tervishoiuasu-tustele ja Punase Risti linna- ning rajoonikomiteedele Eesti NSV Tervishoiu Minis-teriumi ja Punase Risti Seltsi Keskkomitee ühine ringkiri, milles meditsiinitöötajate ja sanitaaraktiivi ette seatakse uued ülesanded.

Palju suuremat tähelepanu tuleb kõigis rajoonides pöörata profileeritud sanitaaraktiivi ja ühiskondlike sanitaarvolinike ettevalmistamisele ning sanitaar-aktiivi kaasatõmbamisele linnade ja külade heakorrasamise küsimuste lahendamisel, tööstusettevõtete territooriumide haljastamisel, uute kultuur-olustikuliste asutuste loomisel jne.

Tuleb organiseerida ka õpperinge haigete koduse põetamise alal. Selleks üri-tuseks on vaja kaasa tõmmata eriti koduperenaisi.

Eriti tähelepanelikult peab suhtuma doonorluse küsimuse lahendamisse. Tarvis on organiseerida reservdoonorite üleviimist aktiivseteks doonoriteks ja reservdoonorite arvu märgatavat suurendamist. Selleks tuleb meditsiinitöötajail koos Punase Risti aktiiviga teha laialdast selgitustööd vereülekandmise ning doo-norluse tähtsusest. Samuti tuleb tervishoiuorganitel otstarbekamalt lahendada doo-noripunktide küsimus.

Pleenumil võeti vastu otsus Eesti NSV Punase Risti Seltsi organisatsioonide edasise töö alal.

Kokku võttes kolmanda pleenumi tööd, märkis Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees, tervishoiu minister A. Goldberg, et meie ei tohi silma-pilgukski unustada nõukogude tervishoiu profülaktilist suunda, mille eesmärgiks on haigestumuse vähendamine, nakkushaiguste ja traumatismi likvideerimine ning eluea pikendamine. Selleks ongi tarvis meditsiinitöötajail rakendada kõik jõud eduka koostöö organiseerimiseks sanitaaraktiiviga.

Käesoleval aastal seisavad ees ka Eesti NSV Punase Risti Seltsi linna- ja rajoonikomiteede järjekordsed ümbervallimised. Meditsiinitöötajail tuleb kõigiti kaasa aidata, et komiteede koosseisudesse valitaks isikuid, eriti meditsiinitöötajate hulgast, kes on suutelised aktiivselt organiseerima üritusi rahva tervise kaitseks,

Stomatoloogide III vabariiklikust konverentsist

6. ja 7. juunil k. a. toimus Tallinnas stomatoloogide ja hambaarstide III vabariiklik konverents.

Konverentsil kuulati 11 teaduslikku ettekannet ja 7 sõnavõttu stomatoloogilise kirurgia, teraapia ja ortopeedia alalt.

Stomatoloogilistest teraapiast kuulati 4 ettekannet ja 5 sõnavõttu.

V. Rängel (TRÜ) oma ettekandes «Muutustest katseloomade hammaste odontoblastide kihis vaegtoite tagajärjel» näitas hambakaarjese seost toitumisega. Rohkesti on uuritud mitmesuguste toidukomponentide, nagu vitamiinide, mineraalide, süsivesikute jne., s. o. toidu kvalitatiivsete faktorite osa hambakude arenemisele ja hambakaarjese tekkel. Vähe tähelepanu on pööratud toiduratsiooni kvantitatiivsele muutusele, vaegtoitele. V. Rängel tegi katseid mitmesuguse toiduratsiooniga merisigadel ja küülikutel, kus selgus, et vaegtoitel olnud loomadel tekkisid odontoblastide kihis muutused, mis seisnesid odontoblastide lühenemises, desorganisatsioonis ja koostise muutuses. Odontoblastide kihi morfoloogilised muutused lubavad oletada häireid hamba kõvade kudede troofikas.

Meditšiiniteenistuse alampolkovnik A. Klimentov oma ettekandes «Pulpiitide kombineeritud ravid» käsitles elava pulpa säilitamise probleemi. Autor soovitas kasutada antibiootilisi ja analgeetilisi pastasid.

V. Ustimenko ja M. Tõlp käsitlesid füsioterapeutiliste meetodite kasutamist stomatoloogias. Esimene jagas oma töökogemusi diatermokoagulatsiooniga pulpiitsete hammaste ravis. Diatermokoagulatsioon leiab ikka laialdasemat rakendamist meil ja välismaal pulpiitsete hammaste ravis, sest see lühendab ravi aega, lubab saavutada kanali steriilsust ja vältida komplikatsioone.

M. Tõlpi ettekanne tutvustas füsioterapeutilisi ravimeetodeid stomatoloogiliste haiguste puhul.

Sõna võttes rääkis stomatoloog E. Sarve (Tallinn) mudaravist amfodentoosi puhul. Nagu E. Sarve ravitulemused näitavad, on mudaravi väga efektiivne ravimeetod amfodentoosi puhul ja vajab juurutamist kõigis stomatoloogilistes asutustes, kus ravimuda on kättesaadav.

Stomatoloogilise kirurgia alalt oli 4 ettekannet: professor meditsiiniteaduste doktori V. Hiie ettekanne «Alalõualuu reseksioonidest healoomuliste kasvajate puhul». Alalõualuu reseksioonid on näidustatud nende healoomuliste kasvajate puhul, mis võivad hiljem maligniseeruda ja ka nende puhul, mis retsidiiveeruvad. Mitteradikaalsel operatiivsel eemaldamisel alalõualuu healoomuliste kasvajate varajane diagnostika ja nende haigete õigeaegne suunamine operatsioonile võimaldab piirduda vähema reseksiooniga ja mõnel juhul säilitada alalõualuu kaare kontinuiteeti selle basaalses osas.

M. Grossal (Tallinn) oma ettekandes «Lõualuu osteomüeliidi ravi luukoe pideva infiltratsiooni teel» käsitles uudset lõualuu osteomüeliidi ravi A. Seppo meetodi järgi ravilahuste pideva intraossaalse infiltreerimisega. Nagu lähemad ravitulemused näitavad, on autor saavutanud väga häid ravitulemusi. Selle ravimeetodiga välditakse sekvestrite teket.

Oma referaadis «Kuderavi rakendamisest stomatoloogias» käsitles L. Tigas (Tartu) kuderavi kasutamist paradentooside, kolmiknärvi neuralgiate ja resorptsiooni soodustava faktorina.

R. Saluri (Tartu) oma ettekandes «Näo-lõualuude piirkonna kirurgiliste haiguste lahkdiagnoosidest ja hilinenud hospitalisatsiooni juhtudest» tutvustas mitut haigestumiskuhtu, mis olid hilinenud peamiselt erialaarstide koostöö puudumisel stomatoloogidega. Seni on jäänud püsima halb olukord esmaabi osas näo- ja lõualuude traumade puhul, sest neile ei ordineerita viivitamatult ravi, saadetakse kliinilisele ravile ilma provisorsete transportlahasteta.

Stomatoloogilise ortopeedia alalt esitati konverentsil kolm ettekannet. G. Veerma (Tartu) «Mõningatest kunstlike kroonide liikidest hammastekaare frontaalosas», A. Lõhmus (Tartu) «Suuõõne ettevalmistamine proteesimiseks ja proteesi kvaliteedi küsimused» ja M. Jampolski (Tallinn) «Läbihambumuse ravi kogemusi proteesimisega». G. Veerma oma ettekandes tutvustas kunstlike kroonide ajalugu ning kosmeetilise ja funktsionaalse efekti saavutamist plastmasskatttega metallkrooni üleminekul fasettkrooniks.

A. Lõhmus andis palju häid nõuandeid hambaproteeside kvaliteedi tõstmiseks. Autor rõhutas eriti arst-terapeudi konsulteerimise tarvilikkust suuõõne saneerimisel protesistiga.

Sõnavõttudes käsitleti organisatoorseid küsimusi stomatoloogilise teenindamise parandamiseks. Konverents märkis, et viimasel ajal on vabariigis paranenud stomatologiaalne teenindamine, kuid vähe tegeldakse eelkooliealiste laste ja kooliõpilaste suu saneerimisega. Konverents püstitaski kõigi stomatoloogide ette tähtsamaks ülesandeks eelkooliealiste laste ja õpilaste suuõõne saneerimise.

Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee pleenumilt

Tallinnas toimus 20. juunil 1958. a. Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee III pleenum, mis oli pühendatud sanitaarharidustöö seisukorra arutamisele. Aruandega selles küsimuses esines Eesti NSV tervishoiu ministri ase-täitja L. Stepanova ja kaasaruandega Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee sekretär M. Suprun. Sõna võttis 12 vabariikliku komitee liiget ja esindajat kohtadelt.

Nii aruandjad kui ka sõnavõtjad märkisid, et viimaste aastate jooksul on meditsiini- ja hügieenialaste teadmiste propaganda elanikkonna hulgas märksa paranenud. Selle töö organiseerimisse on peale meditsiinitöötajate lülitunud veel Punase Risti Selti ja ametiühingute organisatsioonid, Poliitiliste ja Teaduslaste Teadmiste Levitamise Ühingu osakonnad, paljud ametkonnad ja ministeeriumid.

Sanitaarharidustööd on tehtud eriti aktiivselt Tartus, Tallinnas, Pärnus, Paines, Võrus, Suure-Jaanis jm. Nendes linnades ja rajoonides on selle tööga kaasa haaratud ka kultuurimajad, kus plaanipäraselt korraldatakse tervishoiualaseid loenguid ja demonstreeritakse vastavaid filme. Samuti esinevad ravi- ja profülaktika-asutuste töötajad kindla graafiku kohaselt loengutega asutustes ja tööstusettevõtetes.

Meditsiinitöötajad avaldavad süstemaatilisel tervishoiualaseid artikleid nii rajoonide kui ka keskajalehtedes ja ajakirjades, esinevad raadios jne. Hästi organiseerivad sanitaarharidustööd paljud ravi- ja profülaktikaasutused, nagu Tallinna Vabariiklik Haigla, Tartu rajooni ja linna sanitaar-epidemioloogia jaamad, Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser ja paljud teised.

Leidub aga ka rajooni ja linna, nagu Haapsalu, Põlva, Lihula, Rapla, Räpina, Kohtla-Järve jt., kus tervishoiuasutuste juhatajad ega ka ametiühingute organisatsioonid ei pööra sanitaarharidustööle vajalikku tähelepanu. Ka tervikuna ei vasta sanitaarharidustöö vabariigis kaasaja nõuetele, olles sageli irdunud praktilisest elust ja raviasutuste ees seisvatest ülesannetest. Kolhoosides tehakse sanitaarharidustööd veel vähe, eriti põllutööde hooajal. Mitte igal pool ei rakendata sanitaarharidustöö organiseerimiseks Punase Risti aktiivi ega kasutata selle läbiviimiseks keskaridusega meditsiinitöötajaid.

Sanitaarharidustöö metoodiline juhtimine Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Vabariikliku Sanitaarharidusmaja poolt ei vasta nõuetele, sest ministeeriumis puudub vastav inspektor ja Vabariiklik Sanitaarharidusmaja asub Tartus ega saa selle tõttu pidada vajalikku kontakti ministeeriumiga.

Mitu sõnavõtjat rõhutas ka vastava populaarteadusliku tervishoiualase ajakirja väljaandmise vajadust.

Pleenum otsustas kohustada kõiki Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu organisatsioone tugevdama tähelepanu sanitaarhariduse küsimustele käitistes, kolhoosides, sovhoosides ja asutustes.

Sanitaarharidustöös tuleb arvestada elanikkonna huvide ja nõudmistega. Selgitustöö peab vastama kohalikele tingimustele ja momendi nõuetele.

Ametiühingu organisatsioonidel on vaja tööplaanis ette näha üritused tervishoiuorganite töö kontrollimise alal. Neil on tarvis luua laiem sotsiaalkindlustuse delegaatide, ühiskondlike töökaitse instruktorite kui ka tööliste ja teenistujate aktiiv võitluseks puhtuse ja sanitaarse heakorra kui ka ühiskondliku ja isikliku hügieeni edasise tõusu eest. Võimalikult laiemalt tuleb kaasa tõmmata sellele tööle Punase Risti aktiiv, aidata Punase Risti organisatsioonidel ette valmistada elanikkonda vastavates õpperingides ja juhtida aktiivi tööd profülaktiliste abinõude rakendamise alal.

Töölis- ja maakirjasaatjate II kongress

25. ja 26. juunil toimus Tallinnas «Estonia» kontserdisaalis Eesti NSV ajalehtede ja ajakirjade töölis- ja maakirjasaatjate II vabariiklik kongress. Kongressi avas Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee esimene sekretär I. Käbin. Kongressist võttis osa üle tuhande töölis- ja maakirjasaatja. Sõnavõtuga esines kongressi avaistungil Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee sekretär L. Lentsman.

Kongressil töötasid tööstuse-, transpordi- ja ehitussektsoon, põllumajandussektsoon ning kultuurisektsoon.

Sektsoonides esinesid ettekannetega töölis- ja maakirjasaatjate ülesannetest Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu esimees A. Veimer, põllutööminister Tõnurist ja kultuuriministri asetäitja P. Uusmann. Kongressil võttis sõna üle 70 töölis- ja maakirjasaatja.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse töötaja H. Pihl rääkis kongressil ajakirjanduse tähtsusest tervishoiualaste küsimuste valgustamisel ning nõukogude meditsiini saavutuste propageerimisel.

Tähtis dokument

5. juunil k. a. ilmus Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu määrus nr. 126 «Töökaitse ja ohutustehnika olukorrast Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu ettevõtetes».

Märkides iga aastaga suurenevaid assigneeringuid ohutustehnika ja töökaitse üritusteks ning nende summade täielikku rakendamist 1957. aastal (108,6%), toonitab määrus, et töökaitse ja ohutustehnika kui tehnoloogiliste protsesside lahutamatu osa jääb tööstustehnika arengust maha ning ei ole veel mõnede ettevõtete ja valitsuste juhatajate tähelepanu keskpunktiks.

Analüüsides olukorda valitsustes ja ettevõtetes annab määrus laiaulatusliku otsuse avastatud puuduste kõrvaldamiseks.

Muuseas kohustab määrus tööstuste valitsusi, ettevõtteid ja Eesti NSV Rahvamajanduse organisatsioone 1958. aastal laiendama tervistavaid üritusi, hoolikalt uurima tööstustraumatismi põhjusi ja olukorda, mitte lubama tööle aurukatelde, surve all olevate seadmete, keeruliste aparaatide, seadmete ja mehhanismide juurde töölisi, kel pole vastavaid tehnilisi teadmisi.

Palju tähelepanu pööratakse määruuses töökaitsealasele instrueerimisele, kursuste, seminaride ja ühiskondlike töökaitse- ja ohutustehnika ülevaatuste organiseerimisele ning raskete tööprotsesside mehhaniseerimisele ja normaalsele sanitaarolustikulistele tingimustele loomisele.

Nõutakse ka erirõivastuse muretsemise ja pesemise paremat organiseerimist, garderoobide, duširuumide ning teiste olustikulistele ruumide laiendamist vastavalt normidele.

Nähakse ette ranged karistused töökaitse ja ohutustehnika reeglite rikkujatele.

Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu valitsusi ja ettevõtteid kohustatakse 1958. aasta III kvartali jooksul koos ametiühingute vabariiklike komiteedega välja töötama töötingimuste edasise parandamise perspektiivplaani iga ettevõtte kohta.

Üleliidulistest konverentsidest ja nõupidamistest

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium kinnitas käesoleva aasta teisel poolel toimuvate üleliiduliste kongresside, konverentside ja nõupidamiste plaani. Plaanis on ette nähtud 26 konverentsi. Septembrikuus toimub Taškendis NSV Liidu Meditsiini-teaduste Akadeemia ja Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu väljäsõidusessioon seedimispatoloogia küsimustes. Samal kuul toimub ka üleliiduline kirurgide, traumatoloogide ja anesthesioloogide konverents Kaasanis. Eesti NSV arstidest esinevad seal ettekannetega vabariigi peakirurg L. Šostak ja dotsent A. Seppo. Viimane kõneleb lahtiste ja kinniste luumurdude ravimise meetodist. Oktoobrikuus on planeeritud röntgenoloogide ja radioloogide kongress Saraatovis. Novembris toimuvatest konverentsidest tuleks esile tõsta Moskvas korraldatavat üleliidulist konverentsi antibiootikumide küsimuses ning instituutidevahelist nõupidamist viirusehaiguste ja rikketsiioside alal. IV kvartalis toimub Moskvas ka apteegivõrgu töötajate ja farmatseutiliste instituutide konverents elanikkonna ravimitega varustamise küsimustes. Detsembrikuus on Leningradis nõupidamine kiiritushaiguse ravi-probleemide lahendamiseks.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi noorte liikmete kokkutulekult

20. kuni 22. juunini s. a. toimus Tallinnas Eesti NSV Punase Risti Seltsi noorte liikmete esimene vabariiklik kokkutulek. Kokkutulekust võtsid osa iga rajooni ja linna koolidest kuus aktiivsemat noort Punase Risti Seltsi liiget, peale selle veel tööjõureservide ning raudtee õppeasutuste delegatsioonid. Kokkutuleku kava oli väga mitmekesine. Meditsiinitöötajate juhtimisel toimus sanitaaralane maastikumäng, millest võtsid osa kõik delegatsioonid. Mängu võitis Tapa rajooni delegatsioon. Samuti oli organiseeritud õpilaste omaloomingu ning sanitaarlehtede näitus, kus oli välja pandud suur hulk huvitavaid õpilaste eneste poolt valmistatud eksponaate kõige mitmekesisematel sanitaaralastel teemadel. Seinalehed, fotolehed ja bülletäänid käsitlesid õpilaste päevarežiimi, hügieeni, puhtuse, kehakultuuri, ravimtaimede kogumise ning kasvatamise jt. küsimusi. Näitusele esitatud väljapanevate eest määrati kaks esimest kohta: Tallinna 8. Seitsmeklassilisele Koolile ja Rakvere 1. Keskkoolile.

Kokkutulek lõppes huvitava karnevaliga, kus õpilased olid maskeeritud ravimtaimedeks, rohupudeliks, esmaabikapiks, invaliidi talutavaks õeks, posijaks jne.

Et Punase Risti Seltsi noorte liikmete vabariiklik kokkutulek oli meil esmakordne, siis võtsid sellest osa ka NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee ning kõigi liiduvabariikide Punase Risti või Punase Poolkuu seltside keskkomiteede ja vabariiklike koolisektsioonide esindajad, kellele pärast kokkutuleku lõppu korraldati veel kahepäevane seminar Punase Risti töö küsimustes koolides.

Uute tervishoiuasutuste ekspluatatsiooniandmisest.

Keila rajoonis Paldiski linnas anti käesoleva aasta I kvartalis ekspluatatsiooni ajakohaste nõuete järgi ehitatud ja sisustatud 50 voodikohaga haigla. Paldiski linna ja selle ümbruse elanikkonna paremaks meditsiiniliseks teenindamiseks eraldati vastavalt Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi otsusele üks kiirabimasin ZIM.

Jõgeva rajooni keskus anti käesoleval aastal ekspluatatsiooni ajakohaste nõuete järgi ehitatud ja sisustatud 45 kohaga lastesõim.

Uusi tervishoiuala eesrindlasi

NSV Liidu Tervishoiu ministri M. Kovrigina käskkirjaga anti NSV Liidu Tervishoiuala eesrindlase rinnamärk 61 Eesti NSV tervishoiutöötajale.

Teiste kõrval said rinnamärgi Tallinna Vabariikliku Haigla 1-se kirurgiaosakonna juhataja P. Abramjants, Vabariikliku Vereülekandejaama meditsiiniõde H. Vitbom, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst A. Gavrilov, sama dispanseri günekoloogiaosakonna juhataja V. Kuusik, Narva haigla peaarst A. Blum, Tartu Linna Kliinilise Haigla kirurgiaosakonna juhataja L. Vainer, Tallinna III Haigla arst V. Lindpere jt.

Tallinnas töötavatele arstidele ja meditsiiniõdedele anti need märgid üle Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis.

Uusi raamatuid

Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus

- Nõukogude Eesti Tervishoid. Kogumik 6. Tln., 1957, 320 lk.
- Soolte infektsioonid Eesti NSV-s. [Teaduslike konverentside ettekannete teesid]. Tln., 1958, 55 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.
- ENSV Ftisiaatrite vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid. Tln., 1958, 39 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.
- ENSV arstide-stomatoloogide ja hambaarstide III vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid. Tln., 1958, 23 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.
- ENSV neurooloogide ja psühhiaatrite VIII vabariiklik konverents. Ettekannete teesid. Viljandi, 1958, 40 lk. — Paralleeltekst eesti ja vene keeles.
- Sanitaarharidustööst südame-veresoonkonna haiguste ja nende ägenemise profülaktikas. (Instruktiiv-metoodiline kiri). Trt., 1958, 16 lk.
- UIBO, M. Sanitaarmiinimumi kursus kommunaalala töötajatele. I. Trt., 1957, 76 lk.
- VASSILKOVA, Z. G. Inimese tähtsamad helmintoosid ja nende tõrje. Tln., 1958, 168 lk.
- RAZUMOV, S. Väsimus ja võitlus sellega. Trt., 1957, 60 lk.
- SARV, V. Terved hambad. Tln., 1958, 68 lk.
- GROMBAH, O. Ööpäev on 24 tundi. [Kooliõpilase päevarežiimist]. Trt., 1957, 48 lk.
- Тезисы докладов научной конференции по вопросам питания и эндокринологии 28 и 29 мая 1958 г. Таллин, 1958, 16 стр.
- Большая медицинская энциклопедия. Изд. 2-е. Т. 4. Боголюбов-Везалий. М., 1958, 1184 стб.
- ГРАЩЕНКОВ Н. И. и ЛИСИЦЫН Ю. П. Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины. М., 1958, 124 стр.
- ХОЦЯНОВ Л. К. и др. Гигиенические основы промышленной вентиляции и ее эксплуатации. М., 1958, 236 стр.
- СОБОЛЕВСКИЙ М. А. Гигиена труда в шерстеобрабатывающей промышленности. М., 1957, 32 стр.
- МАРЕЙ А. Н. Санитарная охрана открытых водоемов от загрязнения радиоактивными веществами. М., 1958, 91 стр.
- ХОМУТОВА М. А. Санитарный минимум для работников предприятий молочной промышленности. М., 1958, 99 стр.
- Николай Евгеньевич Введенский. (1852—1922). [Биобиблиография]. Сост. П. Г. Терехов. М., 1958, 106 стр.
- МАШКОВСКИЙ М. Д. Лекарственные средства. (Пособие для врачей). Изд. 3-е. М., 1958, 811 стр.
- АЛЕКСАНДЕР Г. Л. Осложнения при лекарственной терапии. М., 1958, 367 стр.
- ЗУБКИН А. С. Индивидуальные средства противохимической защиты. М., 1958, 64 стр.
- БЛЮМИН В. Г. и др. Врачебно-физкультурный диспансер. М., 1958, 174 стр.
- ГРИНБЕРГ А. В. Рентгенодиагностика профессиональных болезней. Л., 1958, 251 стр.
- ДЬЯЧЕНКО В. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1958, 263 стр.; 70 л. илл.
- ЗЕДГЕНИДЗЕ Г. А. и др. Рентгенодиагностика костно-суставного туберкулеза. Л., 1958, 332 стр.
- Радиобиология. (Сборник докладов на радиобиол. секции Всесоюз. науч.-техн. конференции по применению радиоактивных и стабильных изотопов и излучений в нар. хозяйстве и науке). М., 1958, 286 стр.
- Средства и способы противовоздушной обороны населения. Альбом наглядных пособий для кружков ДОСААФ, изучающих противовоздушную оборону. М., 1958, 40 стр.
- МЕДВЕДЕВ В. А. Правила поведения в зараженном районе. М., 1958, 48 стр.
- Опасности ионизирующего излучения для человека. Пер. с англ. М., 1958, 247 стр.
- Противоатомная защита. Пер. с англ. М., 1958, 167 стр.
- Меры защиты работающих с радиоактивными веществами. Под ред. В. М. Жданова. М., 1958, 98 стр.
- Защита работников от ионизирующего излучения. Пер. с англ. М., 1958, 182 стр.
- АГЛИНЦЕВ К. К. Дозиметрия ионизирующих излучений. Изд. 2-е. М., 1957, 503 стр.
- ШЕРБА М. Л. Общий амилоидоз. Л., 1957, 147 стр.
- Патология сердечно-сосудистой системы и почек. (Сборник статей). Под ред. М. С. Вовси. М., 1957, 376 стр.

- Гипертоническая болезнь. (Сборник статей). Под ред. А. Л. Мясникова. Вып. 5. М., 1958, 216 стр.
- КОВНАЦКИЙ М. А. Силикатозы. Л., 1957, 180 стр.
- КОГАН-ЯСНЫЙ В. М. Сахарная болезнь. М., 1957, 302 стр.
- Руководство по клинической эндокринологии. Под ред. Е. А. Васюковой. М., 1958, 320 стр.
- ПОДЪЯПОЛЬСКАЯ В. П. и КАПУСТИН В. Ф. Глистные болезни человека. 3-е изд. М., 1958, 663 стр.
- Лабораторные методы исследования патогенных простейших. Под ред. Д. Н. Засухина. М., 1957, 264 стр.
- Грипп. (Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника и лечение). [Сборник статей]. Под ред. Н. И. Морозкина. М., 1958, 312 стр.
- ЖДАНОВ В. М. Грипп, его предупреждение и лечение. М., 1958, 40 стр.
- ДОДОНОВА О. Н. Дифтерия и ее предупреждение. М., 1958, 8 стр.
- НОСОВ С. Д. Интубация в терапии больных дифтерийным крупом. М., 1958, 83 стр.
- КОВАНОВ В. В. и АНИКИНА Т. И. История кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Московского университета и 1-го Московского ордена Ленина медицинского института имени И. М. Сеченова. 1755—1955. М., 1957, 331 стр.
- ХРОМОВ Б. М. Достижения современной хирургии. Л., 1958, 39 стр.
- АЛЕКСАНДРОВ Г. М. Отчего бывают боли в животе. М., 1958, 32 стр.
- ЛАРИОНОВ Л. Ф. Рак. Причины, предупреждение и лечение. М., 1957, 104 стр.
- СТЕНЛИ У. М. Вирусы и рак. М., 1958, 24 стр.
- ЛУКЪЯНЧЕНКО Б. Я. Распознавание опухолей и кист средостения. М., 1958, 233 стр.
- ОКСМАН И. М. Челюстно-лицевая ортопедия. М., 1957, 247 стр.
- ПОЛЯК Б. Л. Военно-полевая офтальмология. Изд. 2-е. Л., 1957, 388 стр.
- БЕЛОСТОЦКАЯ Е. М. и БЕЛОСТОЦКИЙ Е. М. Берегите зрение детей. М., 1958, 39 стр.
- БАЛИНСКИЙ И. М. Лекции по психиатрии. Л., 1958, 215 стр.
- КЕРБИКОВ О. В. и др. Учебник психиатрии. (Для мед. ин-тов). М., 1958, 367 стр.
- МОРОЗОВ Г. В. и РОМАСЕНКО В. А. Невропатология и психиатрия. (Учеб. пособие для мед. училищ). М., 1958, 259 стр.
- Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. (Сборник статей). Отв. ред. В. А. Рахманов. М., 1958, 165 стр.
- ЛЕВЕР У. Ф. Гистопатология кожи. М., 1958, 530 стр.
- ЛАСС Д. И. и ПОЛИКАРПОВА М. Г. Гигиенические и косметические советы по уходу за кожей и волосами. М., 1957, 115 стр.
- БЕЛОШАПКО П. А. и БЕККЕР С. М. Охрана материнства в СССР. Л., 1957, 22 стр.
- МАКЕЕВА О. В. Профилактика заболеваемости матерей и новорожденных. М., 1957, 199 стр.
- Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. (Сборник статей). Под ред. Ф. А. Сыроватко. М., 1957, 359 стр.
- Клинико-физиологические наблюдения за функцией половой и мочевой систем у беременной и небеременной женщины. (Сборник статей). Под ред. И. И. Яковлева. Л., 1957, 200 стр.
- ДМИТРИЕВА Н. М. и ЛЕБЕДЕВА В. А. Детский санаторий. М., 1958, 204 стр.
- РОЗЕНТАЛЬ А. С. Как предупредить расстройство питания (истощение) у детей. М., 1957, 23 стр.
- ХВАТЦЕВ М. Е. Недостатки речи у школьников. Изд. 4-е. М., 1958, 126 стр.
-

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

E. KARU — Aminasiini rakendamisest psühhiaatrias	3
--	---

Arstiteaduse teooria ja praktika

F. LEPP — Bakteriaalse düsenteeria iseärasustest ja vältimise abinõudest tänapäeval	9
I. MASIK — Sanitaaralastest ülesannetest	14
H. PIHL — Soolteinfektsioonide epidemioloogia küsimustest	18
A. KARAPETJAN, L. GRINSPUN, A. SAFRONOV — Düsenteeriapiiskute rühma kuuluvate mikroobide eraldamise küsimusest Tallinna lahe veest	22
K. AHHUNDOVA — Düsenteeriamikroobide ravimresistentsuse määramisest	25
A. GOLDBERG — Saavutustest ja ülesannetest tuberkuloositorje alal	28
J. VARRIK — Tuberkuloositorjest Eesti NSV-s	29
N. SMELJOV ja Z. ŠAVROVA — Tuberkuloosi pikaajalisest ravimisest antibakteriaalsete preparaatidega. Referaat	33
S. LAANES — <i>Mycobacterium tuberculosis</i> 'e kasvatamisest kanaembrios	36
L. JANNUS — Tuberkuloosikepikeste resistentsusest antibakteriaalsetele vahenditele	39
H. PULLISAAR — Kõse rajooni elanikkonna uurimisest tuberkuloosi infitseerumise ja haigestumise suhtes	44
M. NÖGES — Diagnostika kvaliteedi küsimusi Viljandi linnahaigla sisehaiguste osakonna 1957. a. materjalide alusel	48
V. BRESLER — Biopsiadiagnostika olulisi küsimusi	53
V. SARGAVA — Kliinilisi tähelepanekuid Ménière'i sündroomi kohta	56

Kogemuste vahetamine

M. PÜUMETS — Õpilaste meditsiinilisest läbiivaatusest	62
V. HEIDEMAA — Ravi- ja profülaktikaasutuste töökultuurist	65

Э. Кару — О применении аминазина в психиатрии	3
---	---

Теория и практика медицины

Ф. Лепп — Об особенностях бактериальной дизентерии и о мерах ее предупреждения	9
И. Мазик — О задачах по улучшении санитарного состояния	14
Х. Пихл — О некоторых вопросах эпидемиологии кишечных инфекций	18
А. Карапетян, Л. Гриншпун, А. Сафронов — О вопросе выделения микробов группы дизентерийных палочек из воды Таллинской бухты	22
К. Ахундова — Об определении чувствительности дизентерийных бактерий к антибиотикам	25
А. Гольдберг — О достижениях и задачах в борьбе с туберкулезом	28
И. Варрик — О борьбе с туберкулезом в Эстонской ССР	29
Н. Шмелев и З. Шаврова — О продолжительном лечении туберкулеза антибактериальными препаратами — Реферат	33
С. Лаанес — О выращивании туберкулезных микобактерий в курином зародыше	36
Л. Яннус — К вопросу устойчивости туберкулезных палочек к антибактериальным средствам	39
Х. Пуллисаар — Об осмотре населения Косеского района на туберкулез	44
М. Ныгес — К вопросу о качестве диагностики заболеваний на основе материалов терапевтического отделения Вильяндиской гор. больницы за 1957 год	48
В. Бреслер — О насущных вопросах биопсийной диагностики	53
В. Сяргавя — Клинические наблюдения относительно синдрома Меньера	56

Обмен опытом

М. Пуйметс — О врачебном осмотре школьников в 1957 г.	62
В. Хейдемаа — О культуре работы лечебно-профилактических учреждений	65

Konverentse ja nõupidamisi

Konverents soolte nakkushaiguste küsimustes	66
Üleliiduline nakkushaigustealane nõupidamine Harkovis	67
Konverents toitumise ja endokrinoloogia küsimustes	68
Neuroloogide ja psühhiaatrite konverents	69
Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee kolmandalt pleenumilt	70
Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee pleenumilt	72
Stomatoloogide III vabariiklikust konverentsist	74
Kroonika	75
Uusi raamatuid	77

Конференции и совещания

Конференция по вопросам кишечных инфекций	66
Всесоюзное совещание в Харькове по вопросам инфекционных болезней	67
Конференция по вопросам питания и эндокринологии	68
Конференция неврологов и психиатров	69
III пленум ЦК Общества Красного Креста ЭССР	70
Пленум Республиканского Комитета профсоюза работников здравоохранения ЭССР	72
III республиканская конференция стоматологов	74
Хроника	75
Новые книги	77

Ж у р н а л

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ»

Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 28. VI 1958. Trükkimisele antud 7. VIII 1958. Trükiarv 3000.
Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85.
Arvutuspoognaid 7,2. Tellimise nr. 1569. MB 02600.

Trükikoda «Pioneer», Tartu, Kastani tn. 38.

Hind 4 rubla.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse
Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi häälekandja

Toimetuse kolleegium

**F. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.**

5
*September
Oktoober*

**AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN, 1958**

Журнал
«Здравоохранение Советской Эстоний»

Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 23. VIII 1958. Trükkimisele antud 1. X 1958. Trükiarv 3000.
Paber 70×108 ¹/₁₆. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×92 kohaldatud trüki-
poognaid 6,85. Arvutuspoognaid 7,3. Tellimise nr. 1778. MB 06751.

Trükikoda «Pioneer», Tartu, Kastani 38.

Hind 4 rubla.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse
Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus.

40 AASTAT TERVISHOIU RAHVAKOMISSARIAADI ASUTAMISEST

P. Rattus,

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» vastutav sekretär

Tervis ja inimeste heaolu ei ole muutumatud, looduse poolt alatiseks kindlaks määratud suurused, vaid need sõltuvad majanduslikest, tööstuslikest, elukondlikest, kultuurilistest, hügieenilistest ja teistest tingimustest.

Revolutsioonieelse Venemaa valitsevaid klasse ei huvitanud rahva tervishoiu küsimused ja nad ei tundnud mingit muret rahva materiaalsete ja elukondlike tingimuste pärast.

23. juunil 1912. a. võttis küll Riigiduumu vastu tööliste haiguste ja traumade vastu kindlustamise seaduse, kuid see hõlmas kõigest 16,3% töölistest, kusjuures suurema osa kindlustusmaksust tasusid töölised ise ja toetust hakati maksuma alates kolmandast või neljandast haiguspäevast. Kui haigus kestis üle 26 nädala, siis jäid töölised ilma igasuguse toetusest, sest invaliidsuse ja vanaduse vastu kindlustamist tsaari-Venemaal ei tuntud. Seejuures invaliidistus aga vabrikutes ja kaevandustes igal aastal üle 13 000 inimese.

Tervishoid oli äärmiselt lõhestatud, sest selle küsimusega tegeles üle 20 mitmesuguse ametkonna ja organisatsiooni. Tervishoiuala ühtne juhtimine puudus. Loomulikult ei võidud niisugustes tingimustes saavutada rahva tervishoiu alal kuigi tõhusaid tagajärgi.

1913. aastal oli Vene impeeriumis 159 200 000 elanikku, neist linnades 28 100 000 ja maal 131 100 000. Arste oli samal ajal 23 143, kes praktiseerisid peamiselt Euroopa-Venemaa suuremates linnades. Keskharidusega meditsiinipersonali oli samal ajal 50 000 inimest, nendest 29 000 velskrit ja velsker-akušööri, kes olidki peamisteks arstiabi andjateks maal.

Haiglavoodite arv oli isegi linnades väga madal ja nende territooriaalne jaotus ebaühtlane: praegusel Vene NFSV territooriumil oli 133 100 haiglavoodit, Ukraina NSV territooriumil 47 700, Valge-Vene NSV territooriumil 6400, Usbeki NSV territooriumil 1000, Kasahhi NSV territooriumil 1800, Gruusia NSV territooriumil 2100, Aserbaidžani NSV territooriumil 1100, Leedu NSV territooriumil 2200, Kirgiisi NSV territooriumil 100, Moldaavia NSV territooriumil 2500, Läti NSV territooriumil 6200, Tadžiki NSV territooriumil 100, Armeenia NSV territooriumil 200, Turkmeeeni NSV territooriumil 300, ja Eesti NSV territooriumil 2500.

Säärase olukorra tagajärjel oli tsaari-Venemaa üldise, eriti aga laste suremuse poolest paljudest Euroopa riikidest ees. 1913. aastal oli üldsuremus 1000 inimese kohta 30,2 ja laste suremus 1000 sünni kohta 273. Üheks peamiseks laste suremuse põhjuseks olid halbadest sanitaaroludest tingitud mao- ja sooltehaigused, mis puhkesid eriti suvel. Samadel põhjustel oli suur ka parasitaarsete tüüfuste juhtude arv — keskmiselt 103 405 juhtumit aastas. Sageli esines ka koolera. Rõuged moodustasid nakkushaigustest 9,2%.

Suur oli ka sotsiaalsete haiguste arv: nii näiteks põdes enne revolutsiooni igast 1000 sõjaväkke kutsutust 50—100 noormeest hingamiselundite tuberkuloosi. Tuberkuloosi Vastu Võitlemise Liiga asutati tsaarivenemaal 1909. aastal. Selle liiga eesotsas seisis suur vene ftisiaater V. A. Vorobjov.

Üsna levinud olid ka suguhaigused ja trahhoom.

Kuid ka juba tookordsel Venemaal leidsid palju eesrindlikke arste, kes tõstsid vene arstiteaduse väga kõrgele tasemele ja võitlesid järjekindlalt rahva tervishoiu taseme tõstmise eest. Materialistliku füsioloogia lipu all läksid maailma arstiteaduse ajalukku säärased suured teadlased, nagu I. M. Setšenov (1829—1905), S. P. Botkin (1832—1889), I. P. Pavlov (1849—1936), V. M. Behterev (1857—1927) jt.

Paljud teadlased, nagu N. J. Vvedenski, I. I. Metšnikov, F. F. Erisman jt. pidid oma töö eest rahva kasuks taluma tsaarivalitsuse repressioone.

Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon kujundas rahva tervise kaitse süsteemi täielikult ümber. Nõukogude valitsus võttis vastutuse töörahva tervise kaitsmise eest täielikult enda peale.

Oktoobrirevolutsiooni päeval 1917. a. loodi Petrogradi Tööliste ja Soldatite Saadikute Nõukogu Sõjalis-Revolutsioonilise Komitee juures sanitaarosakond, mis oli esimeseks juhtivaks keskuseks nõukogude tervishoiu alal. 24. jaanuaril 1918. a. otsustas Vene NFSV Rahvakomissaride Nõukogu asutada Arstide Kolleegiumide Nõukogu, mis sai kõrgemaks tervishoiuorganiks tööliste ja talupoegade valitsuse juures.

11. juulil 1918. aastal kirjutas V. I. Lenin alla ajaloolisele dekreedile esimese täieõigusliku riikliku organi, Vene NFSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomise kohta. Dekreedi tekst oli järgmine:

«Oma istungil 11. juulil s. a. Rahvakomissaride Nõukogu otsustas:

1. Meditsiini- ja sanitaaralaste ürituste ühtsustamiseks Vene NFSV-s luuakse Tervishoiu Rahvakomissariaat, kellele tehakse ülesandeks juhtida kõigi meditsiini- ja sanitaarasutuste tööd.

2. Tervishoiu Rahvakomissariaadile antakse üle kogu Arstide Kolleegiumi asjaajamine ja varad.

3. Tervishoiu Rahvakomissariaati volitatakse liitma kõikide Komissariaatide juures asuvate meditsiiniuasutuste tegevust, kontrollima nende tööd kuni nende täieliku ühinemiseni.

4. Kuni kinnitamiseni Kesktäidesaatva Komitee poolt määrata Tervishoiu Rahvakomissariaadi Kolleegiumi ajutine koosseis järgmiselt: rahvakomissari kohusetäitja sm. Semaško, tema asetäitja sm. Solovjov, Kolleegiumi liikmed sm-d Dauge, Golubkov, V. M. Bontš-Brujevitš ja Pervuhhin».

Ülaltoodud dekreet oli välja antud eelmisel päeval, s. o. 10. juulil 1918. a. Tööliste, Talupoegade ja Soldatite Saadikute Nõukogude V ülevenemaalisel kongressil vastuvõetud Vene NFSV Konstitutsiooni projekti 43. paragrahvi põhjal, mis nägi ette teiste kõrgemate võimuorganite kõrval ka Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomise.

18. juulil 1918. aastal kinnitas V. I. Lenin N. A. Semaško ja Z. P. Solovjovi poolt väljatöötatud Tervishoiu Rahvakomissariaadi põhimääruse. Valitsuse dekreediga 21. juunist 1918. a. loodi Tervishoiu Rahvakomissariaadi juurde meditsiini- ja sanitaarnõukogu koostöö tihendamiseks nõukogude ühiskonnaga. Sellesse nõuandvasse organissooni kuulusid töölisorganisatsioonide esindajad. Nõukogu arutas Rahvakomissariaadi ees seisvaid tähtsamaid üritusi, nagu võitlus tähnilise tüüfusega, epiideemiliste haigestumistega raudteedel ja Punaarmee ning paljusid teisi tööliste töö- ja elukonnatingimuste tervendamise seoses olevaid küsimusi.

Vastavalt kinnitatud põhimäärusele loodi Tervishoiu Rahvakomissariaadi juurde Õpetatud Meditsiini-nõukogu, mis pidi ühendama kõik

parimad jõud teaduse alal kiirete teaduslike ja praktiliste küsimuste lahendamiseks. Õpetatud Meditsiininõukogu tööd hakkas juhtima tuntud teadlane L. A. Tarassevitš.

Kuivõrd suurt tähtsust omistas noor Nõukogude võim tervishoiu-küsimustele, näitab kasvõi seegi asjaolu, et ainuüksi 1918. aasta jooksul andis Rahvakomissaride Nõukogu sel alal 14 seadlust ja dekreeti. Samal ajal toimus 4 ülevenemaalist tervishoiualast kongressi.

1919. a. võttis Venemaa Kommunistliku (bolševike) Partei VIII kongress nõukogude tervishoiu ülesehitamise ja arendamise põhiprintsiibid vastu programmi raames, määrates rahva tervise kaitse alal kindlaks järgmised eesmärgid ja ülesanded:

«Oma tegevuse aluseks rahva tervise kaitse alal seab Venemaa Kommunistlik Partei eelkõige laialdased tervistavad ja sanitaaralased üritused, mille eesmärgiks on haiguste tekke vältimine.

Seoses sellega loeb VKP oma lähimaks ülesandeks:

1) laialdaste sanitaaralaste abinõude elluviimine töötajate huvides, nagu:

a) asustatud kohtade tervistamine (pinnase, vee ja õhu kaitsmine);
b) ühiskondliku toitlustamise korraldamine teaduslike ja hügieeniliste nõuete kohaselt;

c) ürituste organiseerimine nakkushaiguste tekkimise ja levimise vältimiseks;

d) sanitaaralase seadusandluse loomine;

2) võitlus sotsiaalsete haigustega (tuberkuloosi, venerismi, alkohoolismiga jne.);

3) kõigile kättesaadava kvalifitseeritud tasuta ravi ja ravimite võimaldamine».

Nõukogude tervishoiu süsteemi kuuluvad: meditsiiniteadus ja meditsiiniline haridus, ravi- ja profülaktikaalane abi, sanatooriumid ja kuurordid, sanitaarteenistus, emade ja laste kaitse ning apteegid.

Tervishoiuala juhib vahetult NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium, liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumid ja kohalike nõukogude tervishoiu osakonnad.

Nõukogude tervishoid on üles ehitatud teaduslikel alustel. Selle arendamiseks on loodud laialdane teaduslike uurimisasutuste ja kõrgete õppeasutuste võrk.

Suur tähtsus kodanike tervise kaitse alal on sotsiaalkindlustusel, mis NSV Liidus kehtib kõigi tööliste ja teenistujate kohta. Esimesel viisaastakul (1928—1932) kulutas riik sotsiaalkindlustusele üle 10 miljardi rubla, viiendal viisaastakul (1951—1955) aga juba üle 120 miljardi rubla.

Nõukogude võimu hoolitsemist rahva tervise eest näitavad kujukalt ka riigi poolt tervishoiule ja kehakultuurile assigneeritud summad, mis 1940. aastal moodustasid 11,2 miljardit rubla, kuid 1957. aastal juba 37,9 miljardit rubla ning 1958. aastal 40,1 miljardit rubla.

ÜK(b)P Keskkomitee 1929. aasta 19. detsembri otsuse põhjal kujundas Tervishoiu Rahvakomissariaat 1930. aastal tervishoiuorganite süsteemi ümber. Tööstusettevõtetes muutus juhtivaks lülis tervishoiupunkt, kus arstid andsid mitte ainult esimest meditsiinilist abi, vaid tegid ka suurt profülaktilist tööd töö-, elukondlike ja ühiskondliku toitlustamise küsimuste parandamise suunas. Tervishoiupunktide arv kasvas 1038-lt 1930. aastal (arstipunkte 578, velskripunkte 460) — 2679-le 1932. aastal, (arstipunkte 1748 ja velskripunkte 931).

Ravialaste, profülaktiliste ja epideemiatõrje ürituste koordineerimiseks ning ühtlustamiseks kogu Nõukogude Liidu territooriumil loodi valitsuse 1936. aasta 20. juuli otsuse põhjal NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaat.

NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi initsiatiivil rakendati tõhusaid abinõusid elanike ravi- ja profülaktikaalase teenindamise paran-

damiseks, haiglate ja polikliinikute, sünnitusasutuste, lastesõime võrgu laiendamiseks ning rajoonihaiglate ja maa-arstijaoskonna tugevdamiseks. Samal ajal laienes spetsialiseeritud raviasutuste ja teadusliku uurimise instituutide võrk.

22. juunil 1941. a. katkes nõukogude inimeste rahulik loov töö saksa fašistide reetliku kallaletungi läbi. Järgides partei üleskutsel mobiliseerisid ka tervishoiuorganid kõik oma jõud ja vahendid rinde abistamiseks. Kasutades nõukogude tervishoiu ja arstiteaduse saavutusi, suutsid meditsiinitöötajad anda rindele tagasi üle 70% haavatuist. Arstid, meditsiiniõed, velskrid ja sanitarid ning väga suur arv Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside aktiviste — sanitaarsalklasi võitlesid ennastsalgavalt iga sõduri elu päästmise eest.

Vaatamata suurte rahvamasside liikumisele, elukondlike tingimuste halvenemisele jne. ei esinenud Suure Isamaasõja ajal epideemiaid ei rindel ega tagalas.

Fašistlikud anastajad tekitasid meie maale suurt kahju: nad purustasid täielikult või osaliselt 1700 linna, umbes 70 000 küla, rüüstasid ja hävitasid 46 000 haiglat ja muud raviasutust. Nendele hiigeltkahjustele vaatamata suutsid meditsiinitöötajad kiiresti likvideerida sõja rasked tagajärjed, taastada ja laiendada ravi- ning profülaktikaasutuste võrgu.

Tervishoiutöölise aktiivi nõupidamisel 1947. a. maikuus tõstis NSV Liidu tervishoiu minister J. I. Smirnov üles polikliiniliste asutuste haiglatega ühendamise küsimuse. Säärane reorganiseerimistöö teostatigi ja see andis häid tagajärgi elanikkonna meditsiinalase teenindamise kvaliteedi parandamisel.

Kogu aeg jätkus aga ka tervishoiuvõrgu arendamine: 1956. aasta lõpuks oli juba 27 105 haiglat ja 33 854 polikliinilist asutust. Haiglavoodite arv suurenes 1957. aasta lõpuks 1 360 800-le 790 900 asemel 1940. aastal. Samaks ajaks tõusis sünnitusvoodite arv linnades 194 400-le, millele lisandus umbes 30 000 voodit kolhooside sünnitusmajades ning velskri-ämmaemandapunktides (tsaari-Venemaal oli selliseid voodeid ainult 7500).

Kõrgemate meditsiiniõppeasutuste arv tõusis 77-le (15 asemel revolutsioonieelsel Venemaal). Üliõpilaste arv nendes õppeasutustes oli 1956. aastal 152 800 inimest (tsaari-Venemaal — 8600), arstide arv oli samal ajal 329 442 inimest 23 143 arsti asemel 1913. aastal. 1. jaanuariks 1956. a. oli 644 meditsiinilist kesköppeasutust, kes lasksid välja 73 000 keskharidusega meditsiinitöötajat (2000 asemel 1914. aastal).

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XX kongress võttis vastu grandioosse plaani NSV Liidu rahvamajanduse edasiseks arendamiseks. püstitades ühtlasi suured ülesanded ka tervishoiu alal: 1960. aastaks suurendatakse haiglavoodite arvu 28 protsenti, kohtade arvu lastesõimedes 44 protsenti ja lasteaeades 45 protsenti võrreldes 1955. aastaga. Samal ajal laieneb kuurortide ja sanatooriumide võrk ning kahekordistub meditsiinitööstuse väljalase.

Juba 1956. a. viidi töötajate huvides läbi sääraseid üritused, nagu tööaja lühendamine, riiklike pensionide suurendamine, õppemaksu ärakoostamine kesk- ja kõrgemates õppeasutustes, töötasu suurendamine madalama palgaga töölisele ja teenistujaile jne.

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 1956. a. 26. märtsi otsusega pikendati puhkust emadele enne ja pärast sünnitust (56 päeva enne ja 56 päeva pärast sünnitust).

1956. aastal oli üldine suremus 7,5%, s. o. 4 korda madalam kui 1913. aastal, kusjuures laste suremus vähenes 6 korda. Rahvastiku iibe aastakeskmise on 3,5 miljonit inimest. Keskmise eluiga oli meil 1957. aastal 67 aastat 32 aasta asemel revolutsioonieelsel Venemaal.

Töötajate ainelise heaolu ja kultuurilise taseme pideva tõusu kõrval aitavad edusammud nõukogude tervishoiu alal edaspidi veelgi parandada töö- ja elukondlike tingimusi.

Kogemusi uinutite terapeutilisel kasutamisel

J. Riiv

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent K. Kõrge)

Uinutite kasutamine teraapias on muutunud endastmõistetavaks. See laiendas uinutite toimemehhanismide ja näidustuste uurimist. Koos une-
pidurduse kaudu saavutatud positiivsete ravitulemustega registreeriti
üsna sageli ka ebasoodsaid kõrvalnähte, mida seostati uinuti toksilise toi-
mega. Selle tõttu ollakse uinutite valikuta rakendamisel ettevaatlikum
ning püütakse sünteesida uusi uinuteid, millel ei oleks seniste uinutite
negatiivseid omadusi. Viimasel ajal pole seni erilist edu saavutatud.
Vaatomata hulgalisele faktilisele materjalile uinutite kasutamise indi-
katsioonide kohta pole see veel küllaldaselt läbi töötatud ja üldistatud.

Eeltoodut arvestades põle liigne avaldada rea aastate vältel uinutite
kasutamise alal kliinilises töös omandatud kogemusi. Igapäevaste kliini-
liste vaatluste kõrval uuriti üksikasjaliselt veel 91 medikamentoosse
unega ravitud haiget, neist 7 korduvalt. Uuritustest põdes 55 inimest mao-
ja kaksteistsõrmiksoole haavandeid, 12 kroonilist gastriiti, 8 hüpertoonia-
tõbe ja 16 isikut põdes muid haigusi. Erilist tähelepanu osutati haigete
kesknärvisüsteemi funktsionaalse seisundi ja mitmesuguste vegetatiivsete
reflekside ning funktsioonide uurimisele seoses uinuti toimega. Uneraviks
kasutati peamiselt veronaali (või medinaali) ja barbamüüli annustes
0,8—1,2 grammi ööpäevas.

Tähelepanuväärne on asjaolu, et võrdsetele uinutidoosidele reagee-
risid haiged erinevalt. Kui osal haigetest saavutati une optimaalne kes-
tus ja sügavus, siis teisel osal võisid samad annused une kestust lühen-
dada. Une iseloomu põhjal võis medikamentoosse unega ravitud haigeid
jagada nelja rühma.

Esimese rühma haiged, keda oli 40 inimest, magasid kogu ravi väl-
tel hästi. Uni kestis neil 10—15 tundi ööpäevas. Üksikutel selle rühma
haigetel une kestus aegajalt juhuslikult lühenes. See oli tingitud kõrva-
listest faktoritest (häiriv naaber, ebameeldivad teated, valud jm. põhju-
sed). Ravi hilisemas käigus, tavaliselt uneravi neljandast või viiendast
päevast alates, vähenesid mõnevõrra une sügavus ja kestus. Seda aga
võis kompenseerida uinuti doosi mõõduka suurenemisega. Intoksikat-
siooninähud olid nendel haigetel minimaalsed. Siia rühma kuulus ena-
mik haigeid, kellede põhilised närviprotsessid olid tugevad või vähemalt
vahepealsed. Erutus- ja pidurdusprotsessid olid nendel haigetel tavalis-
elt tasakaalus või esimesed olid mõõdukas ülekaalus.

Teise rühma moodustasid haiged, kes uinuti valikdoosi rakendami-
sel ei maganud paremini kui enne uinutite manustamist. Rahuldav uni
saavutati alles peale uinuti doosi tunduvalt tõstmist. Intoksikatsiooni-
nähud olid vähesed vaatamata küllalt suurtele uinutiannustele. Need hai-
ged kuulusid närviprotsesside poolest samuti tugevate või vahepealsete
rühma, kuid juba erutusprotsesside tugeva prevaleerumisega. Sellesse
rühma kuulus ainult 4 haiget. Mõlema rühma haigete juures uinutite
manustamise lõpetamisel tunduvalt unehäireid ei esinenud.

Kolmanda rühma moodustasid haiged, kes reageerisid uinutite valik-
doosidele une kestuse ja sügavuse pideva tõusuga kuni 22 tunnini ööpäe-
vas. Neid oli kokku 32 haiget. Sellel rühmal tekkisid juba märgatavad

intoksikatsiooninähud, nagu ataksia, düsartria jm. Uinutite edasine kasutamine samades doosides süvendas intoksikatsiooni. Saavutanud maksimumi, hakkas une kestus ja sügavus kiiresti vähenema. Kui aga vähenenud und püüti mõjustada uinutiannuse suurendamisega, siis süvenesid unehäired veelgi. Sageli kadus uni täiesti. Selle rühma haigete juures ei võinud veronaali või medinaali ööpäevane annus kestva manustamise puhul ületada üht grammi. Nendel haigetel oli ka uneravist väljumine raske: neil arenes sageli unetus, mis kestis mitu ööpäeva. Selliselt reageerisid medikamentoosle uneravile nõrga või vahepealse närvitalitlusega haiged, kusjuures pidurdusprotsesside häired tekkisid nendel üsna kergesti.

Uinuti paradoksaalse efekti patofüsioloogiline mehhanism seisneb nendel haigetel tõenäoliselt selles, et närviprotsesside, eriti pidurdusprotsesside nõrkuse tõttu forsseerib uinuti neid ülemääraselt ja tekitab nn. pidurduse pidurduse, seega pidurdusest vabanemise [F. P. Majorov (8), V. K. Fjodorov (13), P. S. Kupalov (5), R. Silla (11) jt.].

Unehäireid uinuti manustamise lõpetamise puhul võib seletada unevahendi toksilise toime avaldustega närviprotsesside dünaamikale kõrgemates närvisüsteemi osades. Võib arvata, et uinuti kahjustab aktiivset pidurdust [A. S. Denissova (2), Z. T. Samoilova (9), R. Silla (11)]. Uinuti toime lõppemisel (passiivse pidurduse lakates) pole mõne aja vältel unepidurduse normaalne kulg võimalik kuni närvirakkude funktsiooni paranemiseni.

Enamikul neljanda rühma haigetest esinesid tunduval unehäired juba enne ravi alustamist. Uinuti kontrolldoosid und oluliselt ei parandanud ja isegi vastupidi, võisid selle kestust veelgi vähendada. Unehäiretega paralleelselt süvenesid nendel haigetel juba varem täheldatud neuroosi-nähud. Uinutite manustamist jätkates või nende doosi suurendades parema une saavutamise eesmärgil, tekkisid rasked kõrgema närvitalitluse häired, mis väljendusid isegi ägedate psühhooside ja hüsteeriliste reaktsioonide kujul. Selle rühma haiged olid nõrga või vahepealse närvitalitlusega. Nendel olid pidurdusprotsessid äärmiselt puudulikud, kusjuures erutusprotsessid olid ilmselt ülekaalus. Selliseid haiged oli 15.

Kahe viimase rühma juures võis selgesti märgata uinuti kahjustavat toimet kesknärvisüsteemi talitlusesse, eriti pidurdusprotsesside dünaamikasse.

Esitame mõne näite nõrkade närviprotsessidega haigete reageerimislaadist uinuti kestval manustamisel.

1. K. U., 23-aastane meeshaige (haiguslugu 1016/1953. a.) saabus ravile kaksteistsõrmiksoole haavanditega, mille anamnestiline kestus oli umbes üks aasta. Viimase kuue kuu jooksul enne hospitaliseerimist esinesid peaaegu pidevalt kõhuvalud ja kõrvetised. Toitus ebakorrapäraselt ja suitsetas palju. Kutsealane töö olevat pingeline. Isal olevat samuti kaksteistsõrmiksoole haavandid.

Närvitalitluse aspektist hinnatuna jätab haige aktiivse ja teovõimelise isiku mulje. Tegelikult raiskab ta oma energiat ebaratsionaalselt. On püsimatult kergesti ärrituv, sageli unine, eriti pärast lõunat. Vaimse pingutuse puhul hakkab pea valutama, mille tõttu ei saa kuigi kaua pingsalt töötada. Uinub suhteliselt kergesti, kuid uni on pinnaline ja rahutu. Ärgates on kaua uimane. Kokkuvõttes on patsiendil esimene signaalsüsteem tugevas ülekaalus. Kesknärvisüsteemi erutusprotsesside tugevust hinnati vahepealseiks ja pidurdusprotsesse nõrkadeks. Erutusprotsessid olid tunduvalt ülekaalus.

Normosteenik. Treemor suletud laugudes ja sirutatud sõrmedes. Väga elavad kõõluserefleksid. Rinnal intensiivselt punane dermatografiism. PR 128/80. Maomahl tugevasti hüperatsiidne. Röntgenoskoopia abil tehti kindlaks krooniline duodenaalhaavand.

Medikamentoosse uneravi eesmärgil hakati manustama üks gramm medinaali ööpäevas. Tekkis väga kestva ja sügava uni, mis kolmandal ravipäeval ulatus kuni 20 tunnini ööpäevas. Valud kadusid. Haige enesetunne oli ravi esimestel päevadel hea, intoksikatsiooninähud olid väga väikesed. Edaspidi hakkas magamisaeg järkjärgult lühenema, kusjuures uni muutus pinnalisemaks. Kümnenal ravipäeval täheldati tunduvalt rahutust. Haige kaebas jällegi kõrvetisi ja kõhuvalusid, magades ainult 6—8 tundi ööpäevas. Kõõluserefleksid ja paikne dermatografiism muutusid

eriti elavaiks. Patsient kaebas, et peas olevat väga palju mõtteid. 14-dal ravipäeval, pärast eriti halvasti veedetud ööd tekkis hüsteeriline reaktsioon, mis väljendus nutmises, segases, pateetilises kõnes ja düsartrias. Uinutite manustamine lõpetati pikamisi. Psüühilised häired kadusid, kuid unehäired kestsid pikemat aega. Pärast medikamentooset uneravi (18-dal ravipäeval) oli maomahla happesus ravieelsest veelgi kõrgem. Röntgenoskoopiline leid jäi endiseks.

Kirjeldatud haigusjuhu kestva kaitsepidurduse esilekutsumine uinutitega ilmselt ebaõnnestus. Une kulu järgi võidi haige liigitada kolmandasse rühma. Antud närvisüsteemi suhtes liiga suurte uinutiannuste manustamisega forsseeriti niigi nõrku pidurdusprotsesse ja põhjustati nende täielik dekompensatsioon, seega ka pidurdusest vabanemine.

2. T. E., 19-aastane meeshaige, treial (haiguslugu 1387/1953. a.). Kliiniline diagnoos: kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, vegetatiivne düsfunktsioon. Haavandi anamnees 1,5 aastat. Haiguse kulg loid ilma eriti raskete ägenemisteta. Toitub korrapäraselt. Suitsetab vähe. Alkoholi ei tarvita üldse. Erutudes tekib tugev südamepekslemine. Ka patsiendi isal on haavandtõbi.

Haige käitub tagasihoidlikult ja on veidi kartlik. Vaimseks tööks tugevasti piiratud, sest väsib väga ruttu. Öpib siiski töö kõrval öhtukoolis, mis tunduvat väga koormavana. Ei armasta seltskonnas viibida. Erutub kergesti. Uni pole hea, sest uinumisega on raskusi, hommikuti ärkab sageli liiga vara. Uimasus kestab tavaliselt kogu päeva jooksul. Kliinilise jälgimise põhjal tundub haige olevat rahulik ja leplik. Fenamiini (0,015) või 1 ml 1:1000 adrenaliinilahuse subkutaansel manustamisel uinus patsient sügavasti. Haige närviptsessid olid nõrgad, erutus- ja pidurdusptsessid ning signaalsüsteemid tasakaalus.

Patsiendi kehaehitus oli asteeniline. Palkne dermografism rinnal, punane + + +, latentsiaeg — 8'', kestus — 3'. Ortoklinostaatiline katse tugevasti positiivne kalduvusega ortostaatilisele kollapsile. Väga tugev respiratoorne arütmia. RR 110/52. Maomahla hüperatsiidus. Abdoomeni röntgenoskoopilisel uurimisel tehti kindlaks duodenaalhaavand.

Medikamentoosseks uneraviks manustati ööpäevas 0,8 grammi barbamüüli, kuid magamisaeg ei pikenenud, vaid langes 5 kuni 6 tunnini ööpäevas. Uni muutus rahutuks ja pinnaliseks. Kaasusid tugevad peavalud. Uinuti manustamine lõpetati ja magamisaeg pikenes järkjärgult kuni 11 tunnini ööpäevas. Pärast ravimist kadusid haige varajasemad subjektiivsed kaebused. Maomahla happesus jäi aga endiselt normaalsest kõrgemaks. Samuti ei muutunud abdoomeni röntgenoskoopiline leid. Kirjeldatud haige kuulus uneravi kulu põhjal neljandasse rühma.

3. D. M. 38-aastane meeshaige, kooliõpetaja (haiguslugu 1389/1953). Kliiniline diagnoos: *hysteroneurasthenia*, *gastroenteritis chronica*. Hospitaliseerimise põhjus oli halb enesetunne ja nõrkus, mis kestis juba üle kahe kuu. Nõrkusega kaasusid valud rinde all, kõhupuhitus ja sagedane kõhulahtisus. Haiglas muutusid haige kaebused üha komplitseeritumateks. Enne haigestumist olevat olnud töökoormus suur. Perekonnaelu harmooniline. Ei suitseta ega tarvita alkoholi.

Vaimse töö tegemisel väsib kiiresti ega suuda siis enam mõelda. Käitumiselt ja ellusuhtumiselt on passiivne. Väga palju hüpohondrilise iseloomuga kaebusi. Kergesti erutuv. Tugevad erutused tekitavad hüsteerilisi reaktsioone, nagu nutt, krampplik naer või keha võbisemine. Uni on väga halb, pinnaline, ulmadega. Uinumisraskused. Ärgates on uimane. Uimasus ei lakka kogu päeva jooksul. Pärast fenamiini (0,015) manustamist tekkis väga tugev erutusseisund, mis kiiresti asendus loiduse ja unisusega. Närviptsessid nõrgad, erutusptsesside prevalenceerumine. Tugev esimese signaalsüsteemi ülekaal.

Kehaehituselt oli haige hüpersteeniline. RR 120/68. Põhilised kliinilised ja laboratoorsed uurimised erilise leiuta.

Alustati medikamentooset uneravi. Vaatamata ühegrammisele barbamüüliannusele ööpäevas ei tekkinud rahuldavat und: viimane jäi endiselt lühikeseks ja pinnaliseks. Alates neljandast uneravi päevast lisandati täiendavalt 0,2 grammi luminaali. Efekt oli oodatust vastupidine. Patsient magas veelgi vähem, ainult 2 kuni 3 tundi ööpäevas. Seitsmendal uneravi päeval tekkis hüsteeriline reaktsioon krampliku nutu näol. Ravimine endisel kujul lõpetati ja alustati väikeste uinuti- ja broomiannuste manustamist, mille tagajärjel haige magas kuni 6 tundi ööpäevas.

Esitatud haigusjuhu puhul oli tegemist nõrkade närviptsessidega. Oli arenenud neurootiline seisund pidurdusptsesside väga tugeva häirega. Suured uinutidoosid kahjustasid juba niigi häiritud pidurdusprotsesse veelgi, millega võib seletada unehäirete süvenemist ja hüsteerilise reaktsiooni tekkimist uinutite manustamise ajal. Uinutite manustamine ülalmainitud annustes ei olnud käesoleval juhul näidustatud. Haige lahkus kliinikust saavutamata töövõimet.

Seega on uinutite manustamisel vaja oma ülevaadet haige kesk-närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist. Teades haige närvisüsteemi omadusi, võib otsustada, kas uinutite manustamine on antud juhul otsustavkohane või mitte. Jälgides haige reageerimist uinutitele võib ligikaudselt hinnata tema närvisüsteemi talitluslikke iseärasusi.

R. Silla (11) näitas oma uurimistega, et uinutid toimivad närvisüsteemisse ärritajatena, mille efekt avaldub eelkõige välise pidurduse tugevnemises. Sisemist pidurdumist kahjustavad juba õige väikesed uinutiannused.

Nõrkade närvi protsessidega haigel avaldub uinuti kahjustav toime tunduvalt varemini ja selgemini kui tugevate närvi protsesside puhul ning pidurdusprotsessid võivad lakata juba õige väikeste uinutidooside manustamisel [S. D. Kaminski kaasautoritega (4)].

Meie kliiniliste kogemuste põhjal võib järeldada, et medikamentoose uneravi määramisel tuleb olla ettevaatlik uinutite kroonilise kasutamise, sest varem või hiljem võivad kesknärvisüsteemis tekkida raskemad aktiivse pidurduse häired. Arvestades pidurdusprotsesside nõrkust paljude unetusega kulgevate neuroosivormide puhul, ei tohi kõlada paradoksaalsena, et raskete unetusseisundite puhul on õigem loobuda uinutite kasutamisest. Kahjuks ei ole seda põhimõtet praktikasse juurutatud. Liiga sageli esineb juhtumeid, kus haiged kas omal algatusel või koguni arsti korraldusel kasutavad piinava unetuse puhul kestvalt suuri uinutiannuseid, kuigi need und ei paranda. Teisest küljest peame arvesse võtma muidugi ka raskusi nende haigete ravimisel. Tavaliselt pole aga siiski kasutatud kõiki võimalusi säärase haigete abistamiseks. Siin on mõeldud eeskätt tingimuste loomist närvisüsteemi säästmiseks ja unepidurduse tekkimiseks, nagu sobivat töökorraldust, töö ja puhkuse õiget vahekorda, füüsilist karastamist, psühhoteraapiat jne.

Medikamentoose uneraviga on saavutatud mõningaid positiivseid tulemusi, eriti haavandtõve puhul. Seega võib arvata, et uinuti toksiline toime kesknärvisüsteemisse paljudel haigetel kompenseerub ja lõpptulemuseks jääb soodne raviefekt. Oma kogemuste põhjal võime ütelda, et nõrkade närvi protsessidega haiged saadi medikamentoose unega häid ravitulemusi harva.

Kui nõrga närvisüsteemiga haigele on vaja uinuteid manustada pidevalt, siis peavad kasutatavad doosid olema tunduvalt väiksemad kui tugeva närvisüsteemiga haigetel. Veronaali, medinaali ja barbamüüli toime ei näi erinevat suurte broomiannuste toimest. Nõrga närvisüsteemi puhul on uinuti ja ka broomi optimaalsed annused väiksemad kui tugeva närvisüsteemi puhul. Erinevus broomist näib seisnevat selles, et uinutid kahjustavad aktiivset pidurdusprotsessi juba õige väikestes doosides, kuna aga broom manustatuna närvisüsteemi tüübile vastavais optimaalsetes annustes võib aktiivset pidurdust tugevdada.

Uinuti kasutamine vaevast parandab ajukoos kulgevaid närvi protsesse, sellepärast tuleks uinutite kestval kasutamisel saadud raviefekti mõnede haiguste puhul seostada teiste mehhanismidega, eelkõige muutustega subkortikaalsete närvikeskuste talitluses.

Uinutid võivad põhjustada organismi neurohumoraalsetes regulatsioonimehhanismides väga olulisi nihkeid. Nii tekitavad uinutid näiteks tunduvalt seerumkolinesteraasi aktiivsuse muutusi. I. Kuriku (6) ja K. Kõrge (7) tähelepanekute järgi on uinutite üks toimesektoreid analoogiline adrenokortikotroopse hormooni mõjuga organismi mitmesugustele funktsioonidele. Eeskätt tuleks siin rõhutada uinutite organismi desensibiliseerivat toimet, mida oli võimalik ka praktiliselt kogeda mitmesuguste allergilis-hüperergilise iseloomuga haiguste puhul. Sellega on seletatav, miks kroonilise iseloomuga infektsioossed protsessid võivad uinutite toimele ägeneda.

Uinutite toime subkortikaalsetesse närvimehhanismidesse näib olevat kahesugune. Uinutite abil saavutatud sügava une kaudu luuakse tingimused teatud subkortikaalsete närvikeskustega seostatud funktsioonide pidurdamiseks. Nii võib uinutite kestva manustamisega vähendada kõrget arteriaalset vererõhku, normaliseerida südamefrekventsi, vähendada maomahla happesust ning termoregulatsiooni hüperreaktiiv-

sust ja nõrgendada või isegi normaliseerida patoloogiliselt muutunud vegetatiivseid reflekse.

Teisest küljest esineb uinuti manustamisel perioode, millal võib märgata ainult osalist ajukoore pidurdamist, kusjuures pidurdus ei ole veel levinud subkortikaalsetele närvikeskustele. Selle tagajärjel aktiveeruvad koorealused funktsioonid [M. V. Tšernorutski (14), Z. V. Beljaeva (1), K. N. Semjonova (10), J. K. Tarassov ja J. I. Tšernenko (12), J. N. Gusseva (3) jt.]. Vegetatiivne erutatavus võib tõusta isegi suurte uinutiannuste manustamisel [J. K. Tarassov ja J. I. Tšernenko (12), J. N. Gusseva (3)], mida kinnitavad ka meie kogemused. Oma vaatlustes sedastasime uinuti ühekordsel manustamisel reeglipäraselt maomahla happesuse tõusu, ortoklinostaatilise refleksi suurenemist, pulsifrekventsi aeglustumist ja paikse dermatografismi intensiivistumist nii valge kui ka punase komponendi piirides. Mitmel haigel võidi täheldada ka arteriaalse vererõhu kõrgenemist. Uinuti kestva manustamise puhul esines selline subkortikaalsete funktsioonide aktiveerumine ravi algusperioodil, tavaliselt esimesel ja teisel nädalal. Hiljem võis täheldada mõnel haigel kõrgenenud subkortikaalsete funktsioonide pidurdumise tendentsi. Krooniliste haigusprotsesside, eriti kroonilise mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve puhul oli patoloogiliselt kõrgenenud subkortikaalsete närvikeskuste talitlust uinutite abil väga raske või koguni võimatu soodsalt mõjustada. Nii ei saavutatud uinutite kestva manustamisega kuuekümmne viiest vaatlusalusest neljakümnel maomahla kõrgenenud happewäärtuste normaliseerumist, kusjuures kahekümne viiel nendest esines krooniline haigusprotsess. Uinutite suurem ööpäevane annus ja pikem ravikuur näib maomahla kõrgenenud happesust vähendavat. Maomahla happesekretsiooni normaliseerumine on tõenäoliselt üks haavandite paranemist soodustavaid tegureid.

Rohkearvuliste vaatluste põhjal jääb mulje, et haavandtõve, hüpertooniatõve ja mitmesuguste vegetatiivsete düsfunktsioonide puhul on uinuti kestva manustamise terapeutiliseks eesmärgiks mõjustada peamiselt patoloogiliselt püsivaid erutuskoldeid kesknärvisüsteemis. Siin kohtame medikamentoosse uneravi peamist vastuolu: ühelt poolt on vaja sügava unepidurduse saavutamiseks suuremaid uinutite annuseid, teiselt poolt kahjustavad suuremad uinutite annused kesknärvisüsteemi talitlust aktiivse pidurduse nõrgenemisega. Riskida suurte uinutiannuste kasutamisega võiks ainult tugevate närviprotsessidega haavandi-haigete juures. Nõrkade närviprotsesside puhul oleks see vastunäidustatud. Nende haigete ravi tuleks teostada teistel printsiipidel, mis võib olla ei ole haavandtõve suhtes nii tõhusad, kuid selle eest säästavad haige närvisüsteemi.

Kirjandus

1. Беляева З. В. — Влияние охранительного сонного торможения на восстановление нарушенных функций вегетативного отдела нервной системы при гипертонической болезни. Терап. архив, т. 17, 1955, 1, 38—47.
2. Денисова А. С. — Действие малых доз люминала на высшую нервную деятельность собак. Труды ин-та физиол. им. И. П. Павлова, 1953, 2, 31.
3. Гусева Е. Н. — Лечение медикаментозным сном. Клиническая медицина, т. 30, 1952, 10, 12—18.
4. Каминский С. Д., Павленко С. М., Савчук В. И. — Нарушения высшей нервной деятельности после амиталового сна. Бюллет. эксп. биол. и мед., т. 39, 4, 20—24.
5. Купалов П. С. — Общие результаты изучения процессов торможения в коре больших полушарий. Журн. нервн. деят., 1955, 5, 157.
6. Kurik, I. — Seerum-koliinesteraasi aktiivsuse dünaamika haavandihaikeil uneravi vältel. Dissert., 1954, Tartu.
7. Кырге К. Х. — Эозинопеническая реакция как показатель реактивности организма в условиях торможения центральной нервной системы. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, т. 2, 1956, 4, 110—117.

8. Майоров Ф. П. — О зависимости силы тормозного процесса от физической интенсивности тормозного раздражителя. Тр. физиол. лабор. ак. И. П. Павлова, 1938, 8, 62.
9. Самойлова З. Т. — Влияние фармакологических веществ на условно-рефлекторную деятельность. Журн. высш. нервн. деят. 1952, 2, 2, 258—288.
10. Семенов К. Н. — Лечение сном больных язвенной болезнью. Тр. ин-та физиол. им. И. П. Павлова, 1954, 3, 268—277.
11. Silla, R. — Muutustest tingitud reflektorses talitluses koertel luminaali ja veronaali korduval manustamisel. Dissert., 1955, Tartu.
12. Тарасов Ю. К., Черненко Е. И. — Опыт лечения длительным сном язвенных больных. В кн. «Проблемы кортико-висцеральной патологии». М., 1949, 355—359.
13. Влияние хлоралгидрата на высшую нервную деятельность собаки. Тр. физиол. лаборат. ак. И. П. Павлова, 1936, 6, 2, 2.
14. Черноуцкий М. В. — О кортико-висцеральном патогенезе язвенной болезни. Журн. высш. нервн. деят., 1953, 3, 1, 17—35.

Опыты терапевтического применения снотворных

Я. Рийв

Резюме

Автор приводит свои наблюдения, отмеченные им в течение ряда лет относительно применения снотворных к терапевтическим больным. Наряду с повседневным, обычным клиническим осмотром, детально были обследованы 91 больной при длительном и 61 больной при однократном применении снотворных. Особое внимание уделялось функциональному состоянию центральной нервной системы и различным вегетативным функциям и рефлексам в связи с действием снотворных. Для проведения сонной терапии в качестве снотворных применялись главным образом веронат, миднал или барбитал в дозах 0,8—1,2 грамма в сутки. На применение одинаковых доз снотворного больные реагировали различно. Больных, подвергавшихся лечению медикаментозным сном, можно подразделить на 4 группы. Следует отметить, что подразделения, произведенные на основании характеристики сна и функционального состояния нервной системы, были связаны между собой. Так, больным с сильными нервными процессами можно было давать сравнительно большие дозы снотворных, что не вызывало у них признаков значительных расстройств со стороны центральной нервной системы. У этих больных, с увеличением доз снотворного, продолжительность и качество сна обычно улучшались. У больных со слабыми нервными процессами небольшими дозами снотворного оказалось возможным достигнуть хороший сон в течение длительного периода, а при превышении оптимальной дозы снотворного продолжительность и качество сна резко снижались. Продолжение лечения равными или еще большими дозами снотворного ухудшали сон до полной бессонницы.

Особую группу составляли больные, у которых уже при поступлении на лечение имелась полная декомпенсация тормозных процессов на фоне слабой нервной деятельности. Многие из них уже в течение длительного времени болели бессонницей, которая не поддавалась в значительной мере устранению. Назначение снотворных этим больным усугубляло бессонницу и тяжелые расстройства нервной деятельности, часто в виде истерических реакций.

На основании литературных данных и личных наблюдений приходим к выводу, что снотворные нарушают активные тормозные процессы в центральной нервной системе, даже при назначении совсем незначительных доз снотворного. Чем слабее нервные процессы, тем меньшие дозы снотворного могут вызвать угнетение тормозных процессов, т. е. растормаживание. При сильных нервных процессах расстройства нервной деятельности, вызванные применением снотворного, менее заметны. При тяжелых расстройствах сна применение снотворных не рекомендуется.

При назначении снотворных необходимо иметь в виду функциональное состояние центральной нервной системы больного. Зная особенности центральной нервной системы больного, можно решать, целесообразно ли в данном случае назначение снотворных или нет. Наблюдая за реакцией больного на снотворные, можно в свою очередь приблизительно определить особенности деятельности его нервной системы.

Если сонной терапией были все же достигнуты некоторые положительные результаты, в особенности при язвенной болезни, то они не заключались в улучшении нервных процессов в коре головного мозга, а в ликвидации патологических очагов возбуждения в подкорковых нервных центрах. К этому заключению мы пришли путем динамического наблюдения за кислотностью желудочного сока и различными вегетативными рефлексам в течение периода действия снотворных. Если снотворные не в состоянии вызвать распространения сонного торможения на подкорковые нервные

центры, то наблюдается повышение функциональной активности соответствующих подкорковых нервных центров, что проявляется в усилении секреции кислоты желудочного сока и повышении вегетативных рефлексов.

Противоречивость медикаментозной сонной терапии и состоит в том, что, с одной стороны, для достижения более глубокого сонного торможения необходимо применять большие дозы снотворного, а, с другой стороны, большие дозы снотворных нарушают деятельность центральной нервной системы, что проявляется в ослаблении активного торможения. Рисковать применением больших доз снотворного можно только у больных язвенной болезнью при наличии у них сильных нервных процессов. При слабых же нервных процессах это явилось бы лечебной ошибкой.

При терапевтическом применении снотворных отмечалось также их десенсибилизирующее действие на организм, которое в некоторых случаях заболеваний аллергически-гиперергического характера давало положительные лечебные результаты.

Komplikatsioonidest penitsilliini subarahnoidaalõõnde manustamise tagajärjel

R. Paimre

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, juhataja M. Boston ja
Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedrist,
juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent E. Raudam)

Penitsilliini subarahnoidaalõõnde manustamine on näidustatud mädaste meningiitide ravimisel. Seejuures võib penitsilliini ebaõige doseerimine põhjustada raskeid, eluohtlikke komplikatsioone.

Komplikatsioonidena on kirjeldatud teadvuse häireid, korduvat oksendamist, süljeerituse suurenemist, higistamist, pupillide laienemist, nüstagmoide, kloonilisi krampe jäsemeis, radikulaarseid valusid, meningeaalsete ärritusnähtude tugevnemist, kehatemperatuuri kõrgenemist (1, 2), suurenenud pleotsütoosi liikvoris 2—4 päeva kestel peamiselt polünukleaaride arvel (3). Kondratenko (4) kirjeldas kaht mädase meningiidi juhtu, kus haiged penitsilliini subarahnoidaalsel manustamisel surid.

Tartu Närvikliinikus tekkisid komplikatsioonid kolmel haigel 1951. kuni 1954. a. penitsilliini subarahnoidaalsel manustamisel mädaste meningiitide ravimiseks. Kõigile neile haigetele manustati korduvalt intralumbaalselt 50 000—100 000 ühikut kristalset penitsilliini. Penitsilliinilahus valmistati *ex tempore* füsioloogilises lahuses. Komplikatsioonid tekkisid 2—5 tundi pärast penitsilliini subarahnoidaalõõnde süstimist, millal penitsilliini kontsentratsioon liikvoris on kõige suurem (1,5).

Komplikatsioonideks olid süljeerituse suurenemine, kuumad hood, desorientatsioon ajas, kohas, olukorras, konfabulatsioon ja kuni 8,5 tunni kestel korduvad krambihood teadvuse kaoga. Pärast krampide möödumist esinesid orientatsiooni- ning mäluhäired kuni ühe nädala jooksul.

Näitena esitame väljavõtte haigusloost nr. 914/1954. a. 54-aastane meeshaige, kolhoosnik L. K. viibis neuroloogia osakonnas ravimisel 4. novembrist 1954. a. kuni 29. jaanuarini 1955. a. diagnoosiga *Epiduritis purulenta. Meningitis purulenta spinalis. Spondylarthrosis thoracalis.*

Epidulaarõõne punkteerimisel saadi sellest III ja IV nimmeli vahemiku kõrguselt rohekat mäda. Mädasest epiduriidist sai alguse mädane spinaalne leptomeningiit.

Kümne päeva jooksul rakendati lihastesiseselt penitsilliini 100 000 ühikut iga 3 tunni järel. Lokaalselt manustati korduvalt 100 000—200 000 ühikut penitsilliini epiduraalõõnde ja 50 000—100 000 ühikut subarahnoidaalõõnde.

Haige üldseisund paranes, neuroloogilised ärajäämanähud taandusid, pleotsütoos vähenes.

7. detsembril enne lõunat tehti lumbaalpunktsioon. Liikvor oli selge, värvusetu, pleotsütoos 40/mm³, valku 0,7%. Üheksandat korda viidi penitsilliini subarahnoid-

daalöönde. Seekordne annus oli 100 000 ühikut. Punktisiooinöel tõmmati tagasi ja süstiti epiduraalöönde samuti 100 000 ühikut penitsilliini. Kella 16 paiku kaebas haige halba enesetunnet, öeldes, et ta ei tea, mis temaga on juhtunud, «kõik on nagu segane». Haige higistas, pulss oli seejuures hea täitumusega, hingamine iseärasusteta. Neuroloogiline leid oli endine.

Kell 17 tekkisid kloonilised tõmbed mõlemas käes, mis kestsid mõne minuti. Kontakt haigega oli olemas, tema vastused ei olnud sisukohased. Haige sai 10,0 Sol. Natr. bromati 10% veenisisesi.

Kell 17.15 haige teadvus hakkas tuhmuma, kontakt kadus. Huuled muutusid kergelt tsüanootiliseks; pulss oli korrapärane, hea täitumusega. Ta sai ühe ampulli *Cytitoni* nahaalusi. Dehüdreerimiseks süstiti 80 ccm 40-protsendilist glükoosilahust veenisisesi. 30 minutit hiljem tehti klistiir küllastatud *Magnesium sulfuricum*'i lahusega. Enne dehüdreerimist vallandus üldine kramp, mille algul hingamine lakkas, pupillid suurenesid ja silmad pöördusid üles, haige nägu muutus tsüanootiliseks. Kramp oli toonilise ja kloonilise faasiga ning kestis umbes 2 minutit. Krambi möödumisel tsüanoos kadus, hammastel ja keelel leidis verd. Haige oli teadvuseta ega reageerinud välisärritustele. Pupillid reageerisid valgusele loiult, parem käsi oli kergelt hüpotooniline ja sellel tekkis kalduvus Babinski refleksiks.

Krambihood kordusid algul lühemate, hiljem 15-minutiliste vaheaegade järel, kusjuures nende kestus ja raskus vähenesid. Haige sai pärast iga krambihoogu hapnikku ja ühekordselt *Chloralhydrati* 2,0 per *clysmam*.

Kell 19 krambid püsisid endise sagedusega. Hingamine krampide vaheajal oli korisev; huuled ja küüned tsüanootilised; pulss pehme ja irregulaarne; arteriaalne vererõhk 110 mm Hg sai ühe ampulli *Cytitoni*, ühe ampulli *Cordiamini* ja 0,5 *Evipan Natrii* lihasesisesi.

Kell 21 tekkisid krambihood umbes iga 30 minuti järel. Krampide vaheajal haige hingas sügavalt ja korisevalt, pulss oli korrapärane, kuid nõrga täitumusega. Neuroloogilise leiuna võis täheldada ülespoole pöördunud bulbuseid ja laienenud pupille, mis reageerisid valgusele minimaalselt. Haige parempoolsed jäsemed olid lõdvad. Kõõlusrefleksid vallandusid väga nõrgalt $d > s$. Manustati 10 ccm 10-protsendilist Sol. Natr. bromati veenisisesi.

Kell 21.30 oli umbes pooleminutilise kestusega krambihoog toonilise faasi prevaleerumisega. See hoog jäigi viimaseks.

Kell 23 tsüanoos taandus, hingamine oli ühtlane, rahulik, pulss korrapärane ja rahuldava täitumusega. Haige avas aegajalt silmad ja liigutas kõiki jäsemeid, kuid ei vastanud küsimustele. Kella 24 paiku haige jälgis ümbrust, muutis asendit ja tegi häält, kuid ei vastanud küsimustele.

8. detsembril oli haige teadvusel, veidi rahutu, ei teadnud oma nime ega tundnud ümbritsejaid. Nahk oli tal kahvatu, nähtavad limanahad olid tsüanootilised. Hingamine oli katkendlik, pulss kiire ja nõrga täitumusega. Kukulakangestus ja Kernigi sümptoom olid tugevnenud.

9. detsembril oli haige enesetunne hea. Ta oli kohas ja situatsioonis desorienteeritud. Möödunud midagi ei mäletanud. Urineeris voodisse. Naha kahvatus ja tsüanoos olid vähenenud. Pulss täitus paremini.

10. detsembril oli haige enesetunne endiselt hea. Orienteerus kohas ja situatsioonis, mäletas kõike, mis oli enne krampe. Krampide suhtes amneesia püsis. Hingamine ja südametegevus olid korras. Kukulakangestus puudus.

Edasine haiguskulg oli iseärasusteta. Haige lahkus paranenult.

Komplikatsioonide tekkimise põhjuseks peetakse suurte penitsilliiniannuste toksilist toimet ajukoosse (5, 6, 7). Viimastel aastatel rõhutatakse üha rohkem penitsilliini kõikide manustamisviiside puhul esinevat allergiseerivat toimet (1, 7, 8, 9). Nii sedastati koolnutel, kes surid pärast penitsilliini manustamist lihaste- või veenisisesi, ajuturset ja peeni verevalanguid ajus. Aju mikroskoopilisel uurimisel leiti laienenud vere-soontest plasmorraagia, per *diapedesin* verevalanguid ja nekrootilisi koldeid, mille piiril täheldati glia reaktsiooni (7).

Komplikatsioonid tekkisid nii kirjanduse andmeil (4) kui ka meie tähelepanekuil penitsilliini korduvate subarahnoidaalöönde manustamiste puhul ja need kulgesid ohtlikumalt juhtudel, millal liikvor oli rohkem saneerunud, haigete üldseisund paranenud ja organismi allergilisus suurenenud.

Arvestades penitsilliini toksilist ja allergiseerivat toimet organismisse ning seniseid kliinilisi kogemusi, ei tohi intralumbaalselt manustatava penitsilliini annus täiskasvanuil ületada 25 000 ühikut *pro dosi*.

Suboktsipitaalselt võib manustada 5 000—10 000 ühikut penitsilliini. Süstida võib penitsilliini naatriumsoola. Lahus tuleb valmistada *ex tempore* bidesilleeritud vees või füsioloogilises lahuses.

12—24 tundi enne penitsilliini subarahnoidaaloõnde viimist on soovitatav määrata organismi tundlikkus penitsilliinile. Selleks võib teha nahatesti, milleks süstitakse penitsilliini kontsentratsioon 10 000 ühikut milliliitris 0,02 ml nahasisesi. Põletikulise reaktsiooni teke süstimise kohal 20 minuti jooksul näitab ülitundlikkust penitsilliini suhtes (8).

Vastunäidustuseks penitsilliini subarahnoidaalselt kasutamisele on epilepsia ja suurenenud tundlikkus penitsilliinile.

Komplikatsioonide tekkimisel tuleb penitsilliinravist loobuda, haiget dehüdreerida, kasutada antihistamiinpreparaate, uinuteid ja inhaleerida hapnikku. Hingamishäirete tekkimise puhul võib rakendada analeptikume.

Kirjandus

1. Косачева А. П. — Вестник ото-рино-ларингологии 1952, 1, 79.
2. Корнянский Г. П. — Вопросы нейрохирургии 1946, 3, 24—27.
3. Шапиро А. Ш. — Вестник ото-рино-ларингологии 1955, 3, 79—80.
4. Кондратенко О. И. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 1955, 8, 607—610.
5. Супрунов В. К. — Вестник ото-рино-ларингологии 1953, 2, 45—48.
6. Александров Н. Н. — Вопросы нейрохирургии 1954, 2, 13—20.
7. Liebegott, G. — Реферативный журнал иностранной медицинской литературы 1956, 1, 95—96.
8. Siegal, S. — Реферативный журнал иностранной медицинской литературы 1956, 1, 85—86.
9. Lowell, F. C. — Реферативный журнал иностранной медицинской литературы 1956, 1, 84—85.

Об осложнениях при субарахноидальном применении пенициллина

Р. Паймре

Резюме

Субарахноидальное введение пенициллина при неправильной дозировке его может вызвать тяжелые осложнения.

По данным Тартуской неврологической клиники за 1951—1954 гг. отмечались осложнения при субарахноидальном введении пенициллина у 3 больных. При лечении гнойных менингитов осложнения появились через 2—5 часов после повторного введения пенициллина субарахноидально, причем эти осложнения были тяжелее у тех больных, общее состояние которых было уже лучше, спинномозговая жидкость показывала улучшение состояния больного, аллергичность организма была повышена.

При исследовании наблюдались следующие клинические симптомы: повышение слюноотделения, приступы жара, дезориентация больного во времени, месте, ситуации и конфабуляции. Отмечались повторные припадки судорог с тонической и клонической фазами и остановками дыхания. После судорог заметно было нарушение памяти продолжительностью до одной недели.

Учитывая токсическое действие пенициллина на мозговую ткань, его аллергизирующее действие на организм, доза пенициллина для взрослых не должна превышать 25 000 Е при люмбальном введении и 5—10 000 Е — при субокципитальном введении в субарахноидальное пространство.

Ülitundlikkuse juhtum fenoksümetüülpenitsilliini suhtes

A. Vapra

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaal-sisehaiguste kateedrist, juhataja k. t. meditsiiniteaduste kandidaat L. Päi)

Kodu- ja välismaises literatuuris on rohkesti andmeid penitsilliini kõrvaltoime kohta parenteraalse manustamise puhul, kuid üsna vähe on andmeid raskemate kõrvalnähtude kohta penitsilliini suu kaudu manustamisel.

Täheldasime ühel haigel eriti kõrget tundlikkust fenoksümetüülpenitsilliini suhtes, mida kirjeldame allpool.

Naispatsient, 35 aastat vana, kes kannatas põsekoopa põletiku all, võttis 1958. aasta 16. jaanuri õhtul ühe tableti fenoksümetüülpenitsilliini (100.000 ühikut).

5 minutit pärast tableti võtmist hakkas haige oksendama, 5 minutit hiljem tekkis hingeldus, näo sügelemine, samuti võis täheldada turset huultel ja silmalaugudel. Nägu muutus kahvatuks ja huuled ning küüned tsüanootilisteks. Haige lamas kaks tundi. Hingeldus möödus pikka-mööda, haige rahunes ja jäi magama. Järgmisel hommikul oli enesetunne parem, kuid turse huultel, eriti silmalaugudel, püsis kolm päeva.

Raviks rakendati dimedrooli, C-vitamiini ja kaltsiumi tablette.

Tuleb märkida, et haigele manustati penitsilliini intramuskulaarselt 1952. aastal, kui tal oli äge reumatism. Sel juhul ülitundlikkust penitsilliini vastu ei esinenud.

Edaspidisel jälgimisel tekkisid patsiendil astmataolised hingeldushood isegi penitsilliini lõhna haistmisel.

Kirjeldatud juhtum tõestab ülitundlikkust fenoksümetüülpenitsilliini suhtes, mis kulges allergilise reaktsioonina.

СЛУЧАЙ СВЕРХЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ БОЛЬНОЙ НА ФЕНОКСИМЕТИЛПЕНИЦИЛЛИН

A. Вапра

Резюме

У больной 35 лет, страдавшей воспалением гайморовой полости, после приема одной таблетки феноксиметилпенициллина (100 000 ед.) появились рвота, одышка, удушье, отеки век и губ.

Одышка прошла через 2 часа. Отек век держался в течение 3 дней.

Данное побочное действие феноксиметилпенициллина протекало по типу аллергической реакции.

PIIRDUNUD EKSEEMI JA NEURODERMIIDI RAVI NOVOKAIINIBLOKAADI ABIL

R. Markovitš, M. Martinson

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonna üliõpilased)¹

Piirdunud krooniliste, sügelevate dermatooside ravi on seni olnud nn. *crux medici* [W. Müller (1)]. Nagu nähtub üksikutest kirjanduse andmeist, on mõned autorid saanud üllatavalt häid tagajärgi novokaiini lokaalse süstimisega haiguskolde piirkonda. Need tähelepanekud pole süstematiseeritud ja vaatlusaluste hulk on väike.

¹ Lõpetanud arstiteaduskonna 1958. aastal.



Haige N. L. Diagnoos *Eczema chronicum manum utriusque* enne ravi



Sama haige pärast blokaadravi (tehtud viis blokaadi)

TAHVEL 2



Haige K. I. Diagnoos *Neurodermitis chronica circumscripta regionis occipitalis*
enne blokaadravi



Sama haige pärast blokaadravi (tehtud viis blokaadi)

Töö teoreetilisteks alusteks on: 1) ülalmainitud dermatooside neu-raalne etiopatogenees [P. B. Nikolski (2), A. G. Polotebnov (3), Brocq (4), O. N. Podvõssotskaja (5), R. M. Bohnstedt (6) ja teised]; 2) A. V. Višnevski (7) ja tema koolkõuna poolt välja töötatud novokaiiniblokaadi tegemise teooria ja praktika, milline baseerub A. D. Speranski (8) õpetusele «trofo-neuroosist»; 3) novokaiini mitmekülgne farmakoloogiline toimespekter, kusjuures esiplaanil on närvisüsteemi blokeeriv toime [S. V. Anitškov (9), V. V. Zakussov (10), F. Hauschild (11)].

Rumeenia teadlased akadeemik K. J. Parhon (12) ja A. Aslan (12) rõhutavad novokaiini erilist dermatroopset toimet ning teevad ettepaneku novokaiini nimetada vitamiiniks H₃.

Dermatoloogias rakendatakse novokaiini laialdaselt ekseemi ja neuro-dermiidi ning teiste dermatooside ravimiseks [A. S. Zenin ja M. V. Kuba-rev (13), M. N. Sapožnikova (14), V. A. Laptev ja A. P. Nikitina (15), M. V. Veksel ja I. M. Šmuilovitš (16)]. Manustamisviisid on mitmesugu-sed ja ravitulemused erinevad.

Infiltreerunud krooniliste haiguskollete täielikku taandarengut nahal novokaiini suu kaudu, veenisisesi ja intramuskulaarsel manustamisel pole täheldatud.

Meie töö eesmärgiks on jälgida piirdunud sügelevate infiltreerunud nahahaiguste taandarengut novokaiini toimel ning selgitada novokaiini lokaalse infiltratsioonimeetodi eeliseid võrreldes teiste manustamisviisi-dega.

Töö teostamise metoodika. Kasutasime 0,5-protsendilist steriilset novokaiinilahust, mida süstisime nahasisesi soojendatult (30—35°) umbes 1,0 sm proksimaalsemalt haiguskoldest. Tekkinud kublast tun-gisime nõelaga naha all edasi kolde tsentraalses suunas kuni «sidruni-koore» fenomeeni saavutamiseni haiguskoldes. Suurte kollete puhul tegime kaks kuni kolm samasugust lehvikukujulist torget kolde keskuse suunas. Üheks blokaadiks kulus vastavalt kolde suurusele 20,0 kuni 80,0 ml novokaiinilahust.

Blokaade viisime läbi 2 korda nädalas igal kolmandal päeval. Üheks ravikuuriks teostasime 3—5 blokaadi. Vajaduse korral, s. t. retsidiivi või jääknähtude puhul, kordasime peale ravi lõppemist veel ühe kuu möödu-misel blokaadikuure. Järelkontrolli teostasime ühe, kolme ja kuue kuu möödumisel ning üks aasta pärast ravi lõpetamist.

Ravitulemuste hindamine. Ravitulemusi hindasime 4-ballilise süsteemi järgi. Hinne «2» ehk «efektitu» anti, kui pärast 5. blo-kaadi ei saavutatud positiivseid tulemusi. Seisundi halvenemist märki-sime eraldi.

Hinne «3» ehk «paranemine» anti juhul, kui naha sügelemine täiesti kadus, kusjuures leid jäi endiseks.

Hinne «4» ehk «tunduv paranemine» anti juhul, kui sügelemine täiesti kadus ja leid tunduvalt taandus (infiltratsiooni, punetuse, turse ja lihhenifikatsiooni kadumine). Jääknähud võisid esineda ketenduse, pigmentatsiooni ja depigmentatsioonina.

Hinne «5» ehk «täelik tervistumine» anti juhul, kui subjektiivsed vaevused ja objektiivsed nähud täielikult kadusid (s. t. kui nahk normali-seerus).

Kaugresultaatide hindamisel lähtusime samadest põhimõtetest. Sää-rase ümberhindamise tagajärjel muutus ravi kaugtagajärgede hinne sageli paremas või halvemas suunas.

Töö tulemuste arutelu. Käesolev kliiniline uurimistöö viidi läbi Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri ambulatoorsete haigetega alates 1955. a. jaanuarist kuni 1958. a. märtsikuuni. Nimetatud aja jooksul teostati blokaadravi 82-l haigel, 58-l haigel nendest on blokaadikuurid lõpetatud ja ravitulemused tulevad analüüsimisele. Üle-jäänud 24-l haigel polnud võimalik ravi lõpetada meist mitteolenevail

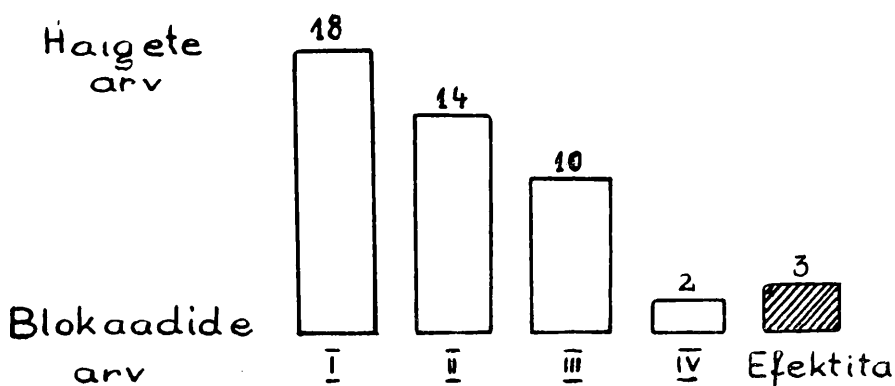
põhjustel (ravirežiimi rikkumine haigete poolt, ravimi defitsiitsus, transpordiolud jms.). Siinjuures võib ka lõpetamata ravi puhul märkida positiivseid tulemusi (sügelemise kadumine pärast I blokaadi, kliinilise leiu osaline taandumine).

Ravitud haigetest oli mehi 40, naisi 18. Patsientide vanus oli kuni 74 aastat. Enamik neist oli 30—40 aastat vana. Diagnooside järgi oli neurodermiiti — 39 juhtu, kroonilist ekseemi — 19 juhtu.

Haigus kestis anamneesi järgi 5-l juhul 3 kuust kuni 1 aastani; 46-l juhul 2 aastast kuni 10 aastani; 7-l juhul 11 aastast kuni 25 aastani.

Kaasuvaid haigusi esines 22-l juhul, neist oli esikohal krooniline gastriit.

Subjektiivsetest kaebustest esines enamikul haigetest sügelemine (47-l juhul). Kliinilistest nähtudest leidsime piirdunud haiguskoldeid punetuse ja infiltratsiooniga, tugeva väljaarenenud lihhenisatsiooni ja sügelemisega seotud juhtudel ka ekskoriatsioone. Enamikku haigetest oli varem kuude ja aastate jooksul üldiste ja lokaalsete vahenditega tagajärjetult ravitud (salvid, arseenipreparaadid jms.). Kõigil haigetel uuriti enne ravi alustamist verd, uriini ja rooja, 6-l haigel tekkis eosinofiilia (5—16%), mis novokaiinravi tagajärjel normaliseerus. Eosinopeenilist efekti novokaiinravi puhul on kirjeldanud M. N. Sapožnikova (14) jt.



Skeem nr. 1

53 haiget paranes pärast esimest blokaadikuuri; enamikule neist tehti viis blokaadi, kaks juhtu paranesid juba pärast esimest blokaadi. Raske- matel ja püsivamatel haigusjuhtudel ei piisanud ühest blokaadikuurist, vaid neid tuli teha korduvalt.

Paralleelselt blokaadraviga ordineerisime osale haigetest vitamiine, indiferentseid salve ja loksuteid.

Sügelemine kadus täielikult 44-l haigel, 3-l juhul see meil ei õnnestunud. (Vt. skeem 1). Valdaval osal haigeist kadus sügelemine pärast esimest või teist blokaadi, s. t. 1—3 ravipäeval. Võrdlevalt toome M. V. Vekseli ja J. M. Smuiloitši (16) andmed, kes täheldasid sügelemise ärajäämist pärast 9—10 intravenoosset süstet. V. A. Laptevi ja A. F. Nikitina andmetel (15), kasutades tsirkulaarset ja paravertebraalset novokaiiniblokaadi, tervistus $\frac{1}{5}$ ravitud haigetest ja pruuritus kadus vähem kui pooltel.

Kliiniline leid taandus enamikul juhtudest pärast kolmandat või neljandat blokaadi. Keskmiselt kestis ravi 53-l haigel 12,48 päeva.

Ravi lõpptulemused. «5» — 19-l juhul; «4» — 24-l juhul; «3» — 12-l juhul; «2» — 3-l juhul, hiljem lisandus neile 2 retsidiivi (vt. tabel nr. 2). Halvenemisi ei täheldatud.

Huvitav on märkida, et paralleelselt nahaprotsessi paranemisega, võis märgata ka nihkeid patsiendi üldseisundis. Tähelepanu väärib, et nahaleid meie haigetel täielikult taandus, mida mõned autorid [A. S. Zenin, M. V. Kubarev (13) jt.] teistsuguste novokaiini manustamisviisidega ei täheldanud. Samuti oli ravi kestus lühem kui teistel autoritel [V. A. Laptev ja A. F. Nikitina (15)].

Blokeerimine toimus suhteliselt valutult, kõrvalnähtudest täheldati ainult kahel korral uimasust ja pea ringimist, kusjuures nähud möödusid 10—20 minuti jooksul.

Efektita jäänud 5-l haigusjuhul esines ühel juhul varajane kliimaks, ühel juhul lümfogranulomatoos, kahel korral liighigistamine ja ebasobiv lokalisatsioon ning ühel juhul krooniline gastriit pika anamneesiga.

Pärast ravimist tuli haigeid kontrollida ambulatoorsel vastuvõtul, mille tõttu tekkisid mõningad puudused ravi tulemuste hindamisel (osa haigeid ei pidanud kinni kontrollimisele ilmumise tähtaegadest ja ei ilmunud sinna ka korduvatele väljakutsetele vaatamata). Ühe kuu möödumisel ilmus kontrollimisele 53-st ühe blokaadikuuriga haigest 38 hai-

Hinne	Neuro-dermiit	Ekseem
5	12	7
4	18	6
3	8	4
2	1	2
Kokku	39	19

Tabel nr. 2

get, kelledest 25-l haigel võis konstateerida nahanähtude täielikku taandumist ja tervistumist, 9-l haigel taandusid jääknähud tunduvalt ning pigmentatsioon ja naha troofika paranesid. 7-l haigel olid nahanähud paranenud, 2-l juhul muutuseta ning 1-l juhul esines retsidiiv.

Pärast kolme kuud ilmus kontrollimisele 28 haiget, kelledest 20 oli täielikult tervistunud, 7 haiget tunduvalt paranenud ja ühel juhul esines retsidiiv.

Kuue kuu möödudes ilmus kontrollimisele 20 haiget, kelledest 17 oli täielikult tervistunud ja kolm tunduvalt paranenud.

Pärast üht aastat ilmus kontrollimisele 22 haiget, kelledest 19-l haigel oli ravi kaugtulemus «väga hea», efektitu ühel ja retsidiiv kahel juhul.

Tervistunud juhtude pidev vähenemine kontrollperioodi jooksul on näilik ja see on seletatav kontrollimisele ilmunute arvu vähenemisega.

Nagu ülalmainitust nähtub, jätkub enamikul juhtudest pärast novokaiinravi naha troofika paranemine ja jääknähtude taandumine.

Tähelepanu väärib sügelemise kiire kadumine pärast blokaadi ning infiltratsiooni ja nahaleiu taandumine enamikul ravitud haigetest ravi kestel või kaugtulemusena.

1. Novokaiini lokaalsed nahasisised ja nahaalused blokaadid on tõhusamaid patogeneetilisi ravivahendeid piirdunud kroonilise neurodermiidi ja ekseemi puhul ning on tõhusamad novokaiini teistest manustamisviisidest infiltreerunud kollete puhul.

2. Lihtsus ja kaasuvate nähtude puudumine võimaldavad mainitud ravivõtet rakendada ka ambulatoorsetes tingimustes.

3. Raviaja kestus neurodermiidi ja ekseemi puhul lüheneb; sügelemine kaob enamikul juhtudest juba pärast esimest või teist blokaadi, s. o. 1.—3. ravipäeval; objektiivsed nähud kaovad pärast teist kuni neljandat blokaadi, s. o. 6.—15. ravipäeval.

4. Ravile alluvad ka vanad kroonilised haiguskolded rohke piirdunud infiltratsiooniga, anamneesiga 10—20 aastat, mida varem on sageli tagajärjetult ravitud mitmesuguste vahenditega.

5. Ravi tõhustamiseks on soovitav rakendada novokaiiniblokaadi koos teiste menetlustega, nagu vitamiin- ja hormoonravi ning füsioteraapia.

KIRJANDUS. 1. Müller, W. *Pruritus circumscriptus* und seine Behandlung mit der Infiltrations. Hamburg, 1950. — 2. Nikolski, P. B. tsiteeritud: Картамышев А. И. Кожные и венерические болезни, М., 1954. — 3. Polotebnov, A. G. tsiteeritud А. И. Картамышев järgi (vt. nr. 2). — 4. Brocq tsiteeritud Люшненко М. 3. Материалы к вопросу о некоторых патологических изменениях в коже при невродермитах. Автореферат, 1956. — 5. Подвысокая О. Н. Вестн. венерол. и дерматол. 2, 1951. — 6. Bohnstedt, R. M., Eichert, J. M. Zentralblatt f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, 8, s. 317, 1950. — 7. Вишневский А. В., Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и маслянобальзамические антисептики как особый вид неспецифической терапии, М., 1948 — 8. Сперанский А. Д. Элементы построения теории медицины, М., 1937. — 9. Аничков С. В., Беленький М. Л. Учебник фармакологии, М., 1954. — 10. Закусов В. В. Фармакология нервной системы, М., 1953, стр. 186—187. — 11. Hauschild, F. Pharmakologie und Grundlagen der Toxikologie, Leipzig, 1956. — 12. Пархон К. И., Аслан А. Новокаин эйтрофический и омолаживающий фактор в профилактике и лечении старости. Инф. бюллетень И-та орг. здравоохран. и ист. медицины 5, 1957. — 13. Зенин А. С., Кубарев М. В. Лечение экземы внутривенным введением новокаина. Вестн. венерол. и дерматол. 15—16, 1952. — 14. Сапожников М. Н. Вестн. венерол. и дерматол. 3, стр. 53, 1955. — 15. Лаптев В. А., Никитина А. Ф. Вестн. венерол. и дерматол. 4, стр. 10—14, 1952. — 16. Вексель М. В., Шмуйлович Я. М. Опыт лечения некоторых кожных болезней новокаином. В сб. Эксп. и клинич. исследования Респ. научн.-исслед. кожно-венерол. и-та Мин. здравоохран. РСФСР т. 9, 110—112, Л., 1952.

О ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ ЭКЗЕМЫ И НЕВРОДЕРМИТА МЕСТНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДОЙ

Р. Маркович и М. Мартинсон

Резюме

Авторы лечили 58 больных с ограниченными дерматозами (экзема, невродермит) местными инфильтрационными блокадами новокаина и наблюдали за результатами на протяжении одного года. Лечение проводилось 0,5% раствором новокаина, которым инфильтрировали пораженные очаги (внутр и подкожно) с перерывами через 2—3 дня. За курс лечения проводились 3—5 блокады; для одной блокады использовалось 20, 0—80,0 мл 0,5% раствора новокаина, в зависимости от величины очага.

В результате отмечено было полное излечение — 19, значительное улучшение — 24, и улучшение — 12 случаев; без эффекта — 3 случая. Рецидивы наблюдались у двух больных. Ухудшения после применения блокады не замечалось. Новокаиновые блокады сокращают сроки лечения ограниченных хронических дерматозов; зуд проходит в большинстве случаев после I—II блокады, т. е. на 1—3 день лечения; клиническая картина исчезает на 6—15 день. Лечение хорошо поддаются старые инфильтрированные очаги.

Онизианный метод лечения дерматозов, по нашему мнению, может быть использован и в амбулаторных условиях.

TÜREOTOKSILISE STRUUMA SUBTOTAALSE RESEKTSIOONI TEHNIKAST

A. Kliimann,

meditsiiniteaduste kandidaat

(Tartu Riikliku Ülikooli Hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent H. Petlem)

Teatavasti on tugevasti väljakujunenud vormiga türeotoksikoosihaiged operatsioonitrauma suhtes väga tundlikud.

Operatsioonitrauma raskus türeotoksilise struuma resektsiooni puhul sõltub peamiselt operatsiooni kvaliteedist, anesteesiast ning operatiivse vahelesegamise tsooni ulatusest.

Viimased saavutused anesteesia ja operatsioonimeetodi täiustamisel vähendasid märgatavalt operatsioonitrauma osa türeotoksikoosi operatsioonijärgses ebasoodsas haiguskulus [A. V. Višnevski (1), O. V. Nikolajev (2)].

Vaatamata saavutatud edusammudele jääb operatsioon türeotoksikoosi puhul ikkagi suhteliselt tõsiseks ja ohtlikuks just nimelt operatiivse vahelesegamise tsooni anatoomilis-füsioloogiliste iseärasuste tõttu [G. M. Gurevitš (3)].

Teatavasti võib operatiivsele vahelesegamisele türeotoksikoosi korral kaasneda tähtsate kaelapiirkondade traumatiseerimine (karotiidsiinus, uitnärv jt.). J. K. Molodaja (4,5) väidab, et uitnärvi ärritamine hematoomi poolt võib lõppeda letaalselt.

Järelikult tuleb operatsioonimeetodi täiendused struuma puhul suunata sellele, et maksimaalselt piirata operatiivse vahelesegamise ulatust ning sel teel vähendada tähtsate alade traumatiseerimist kaelapiirkonnas.

Tänapäeval asub enamik kodumaa kirurge seisukohal, et türeotoksiliste struumade operatiivse ravi valikmeetodiks on laiendatud subtotaalne resektsioon O. V. Nikolajevi järgi. Toodud seisukoha õigsust kinnitavad kirurgilise ravi head resultaadid O. V. Nikolajevi meetodil opereerivatel autoritel. Tänu sellele meetodile sai struumaoperatsioon võimalikuks ka raskete ja komplitseeritud türeotoksikoosivormide puhul.

Türeotoksiliste struumade niinimetatud «klassikaline» operatsioonimeetod piirab kirurgilise ravi näidustusi, eriti raskete komplitseeritud vormide puhul just raske türeotoksilise reaktsiooni arenemise tõttu esimesel kolmel päeval pärast operatsiooni.

Teatavasti on O. V. Nikolajevi operatsioonimeetodi printsiipiaalseks iseärasuseks originaalne subtotaalne struumaresektsioon operatiivse vahelesegamise piirdumisega neljanda kaelafastsia piires, millega vähendatakse operatsioonijärgse haiguskulu raskust.

O. V. Nikolajevi meetodi järgi vabastatakse nääre ja ligeeritakse veresooned subkapsulaarselt (näärme välisest kapslist seespool), mille tagajärjel jääb püsima verevarustus ja innervatsioon näärme säilivas osas.

Olenevalt haigestunud näärme anatoomilistest iseärasustest soovitab O. V. Nikolajev alustada näärme väljalukseerimist ja veresoonte töötlemist parema sagara ülemisest või alumisest poolusest, struuma sügava asetuse või rõngasstruuma puhul, aga mõnikord ka sagarate läbilõikamise ja vabastamisega trahhea eesmisest külgmisest pinnast.

Opereerides O. V. Nikolajevi meetodil, pörkasime mõnikord tehnilistele raskustele, eriti liitunud, kõrgel — submandibulaarselt, või madalal — retrosternaalselt asuvate ning rõngas- ja vaskulaarsete struumade puhul. Siinjuures tuleb arvestada, et mitte alati ei õnnestu operatsioonieelsel objektiivsel uurimisel määrata struuma suurenemise astet, näärme asetuse anatoomilisi iseärasusi ning fiksatsiooni tugevust. Sellistel juhtudel võib valida näärme vabastamiseks ebaõige taktika, mis omakorda viib

ootamatutele tehnilistele raskustele operatsiooni ajal ja operatsiooni-trauma suurenemisele.

Tugevasti fikseeritud struumade puhul on raskesti teostatav digitaalne luksatsioon, näärmelise vabastamine ja veresoonte töötlus ülemisel ja alumisel poolusel A. T. Lidski (6) või L. V. Lepešinski (7) modifikatsioonil ning alati kaasub türeetoksikoosihaigetele ohtlik kudede traumatiseerimine operatsioonitsoonis, mis ulatub kaugemale kaela neljanda fastsia piiridest ning viib vaskulaarsete struumade puhul verekaotustele. Ülaltoodud raskuste tõttu loobusime näärmelise ülemise või alumise pooluse digitaalsest luksatsioonist täiesti.

Operatsiooni kulg vastavalt kilpnäärme topograafilis-anatoomilistele iseärasustele

Teatavasti on kilpnäärme kaetud sisemise ja välise kapsliga. Esimene on näärmelise sidekoeliseks katteks ning läheb üle tema stroomasse. Väline kapsel, või neljanda kaelafastsia vistseraalne leht Ševkunenko järgi, kujutab endast kilpnäärme ja selle veresoonte tihedamat katet. Normaalselt asetseb nende kapslite vahel pilu, mille obliteratsiooni puhul on näärmesagara väljalukseerimine komplitseeritud.

Meie kogemused näitavad, et struuma subtotaalne resektsioon on tehniliselt raskem peamiselt oma tugeva liitumise tõttu loozi seintega, mille tagajärjel raskeneb tema väljatoomine operatsioonihaavast ning sagarate kirurgiline töötlemine.

Tehniliselt edukas operatsioon sõltub põhiliselt kergestiteostatavast näärmesagarate vabastamisest peamiselt nääref loozi seintele fikseerivatest pindadest. Mida väiksema traumaga meie näärmesagara mobiliseerime, eriti tugevasti fikseeritud anatoomiliselt sügaval asetsevate struumade puhul, seda tehniliselt vabamalt, ilma ohtliku traumata, verejooksuta ja teiste komplikatsioonideta kulgeb operatsioon.

Operatiivse vahelesegamise kogemus subtotaalse resektsiooni näol O. V. Nikolajevi meetodil ning paralleelne kilpnäärme kinnituste anatoomiliste iseärasuste uurimine näitab, et kirurgilist huvi pakkuv kilpnäärme sagarate fiksatsioon, mis takistab näärmelise vabastamist ja selle kirurgilist töötlemist, toimub kolmel järgneval pinnal:

1. kilpnäärme sagarate sisemiste pindade tihe kinnitus trahheae eesmisele külgmisele pinnale;
2. kilpnäärme tagumiste alumiste sagarate tihe kinnitus, s. t. «juurega» trahheae külgmisele pinnale;
3. ülemise sagara suhteliselt tihe fiksatsioon kilpnääret ümbritsevatele pindadele (kõrile ja teistele moodustistele).

Näärmelise tagumise alumise pinna ja ülemise sagara fiksatsioon toimub peamiselt veresoonte (ülemine ja alumine kilpnäärme arter) ja neid katva välise kapsli kaudu, mis on liitunud ümbritsevate moodustistega.

Tihedalt trahheale liibuvate kilpnäärmepindade fastsiaalsed lehed, mis katavad neid organeid, on omavahel suhteliselt tugevasti liitunud ning moodustavad tiheda sidekoelise katte, mis omakorda ühineb kilpnäärme kapsliga; seetõttu fikseerubki elundi sisemine pind tihedasti trahheale.

Nende kilpnäärmepindade ümbritsevatele moodustistele kinnitumise tugevusest olenebki tema liikuvus ning järelikult raskused sagarate vabastamisel kirurgiliseks töötlemiseks.

Järgmiseks kilpnäärme anatoomiliseks iseärasuseks on tema lähedus kaela tähtsate anatoomiliste moodustistega, eriti paratüreoidnäärmetega, *nervus recurrens*'iga, karotiidsiinusega jt.

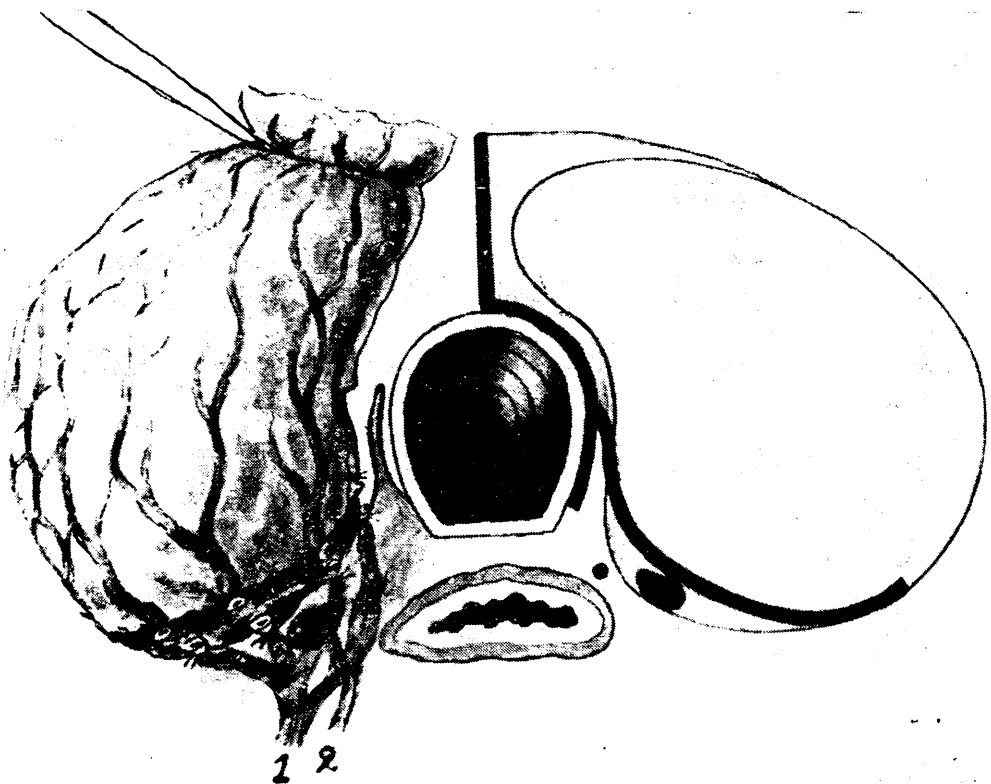
Nende moodustiste traumatiseerimisel või paratüreoidnäärmete kõrvaldamisel võivad teatavasti olla rasked tagajärjed. Seetõttu tuleb opereerimisel rangelt arvestada kilpnäärme asetust.

Oluliseks anatoomiliseks eeliseks operatsiooni läbiviimisel nimetatud

meetodi järgi on asjaolu, et *nervus recurrens* asetseb väljaspool kilpnäärme kapslit. Paratüreoidnäärmed asetsevad põhiliselt näärme tagumisel pinnal seespool välist kapslit, mis dikteeribki subtotaalse resektsiooni puhul nimetatud piirkonna eluvõimelise näärmekoe säilitamise.

Ülaltoodud kilpnäärme anatoomiliste iseärasuste alusel loeme otsustavaks järgmist operatsioonikulgu, millega teatud määral välditakse operatsioonijärgseid komplikatsioone.

Operatsioonikulg kuni näarmesagarate vabastamiseni on küllaldaselt välja töötatud ja tehniliselt kergesti teostatav. Samuti on ka anesteesia saavutanud kõrge taseme tänu kodumaiste autorite töödele (A. V. Višnevski jt.).



Joonis 1

Kõige keerukamaks ja vastutavamaks etapiks on struuma vabastamine ja äralõikamine. Teiste võrdsete tingimuste puhul sõltub sellest haiguse kulg operatsiooni ajal ja pärast operatsiooni ning operatsiooni tulemus.

Peamiseks positiivseks küljeks operatsiooni meie poolt kasutatavas variandis on kilpnäärme vabastamise ja töötlemise range järjekord, millega saavutatakse näarmesagarate mobilisatsioon, vabastamine ja ülemise ning alumise pooluse veresoonte töötlus väikseima traumaga.

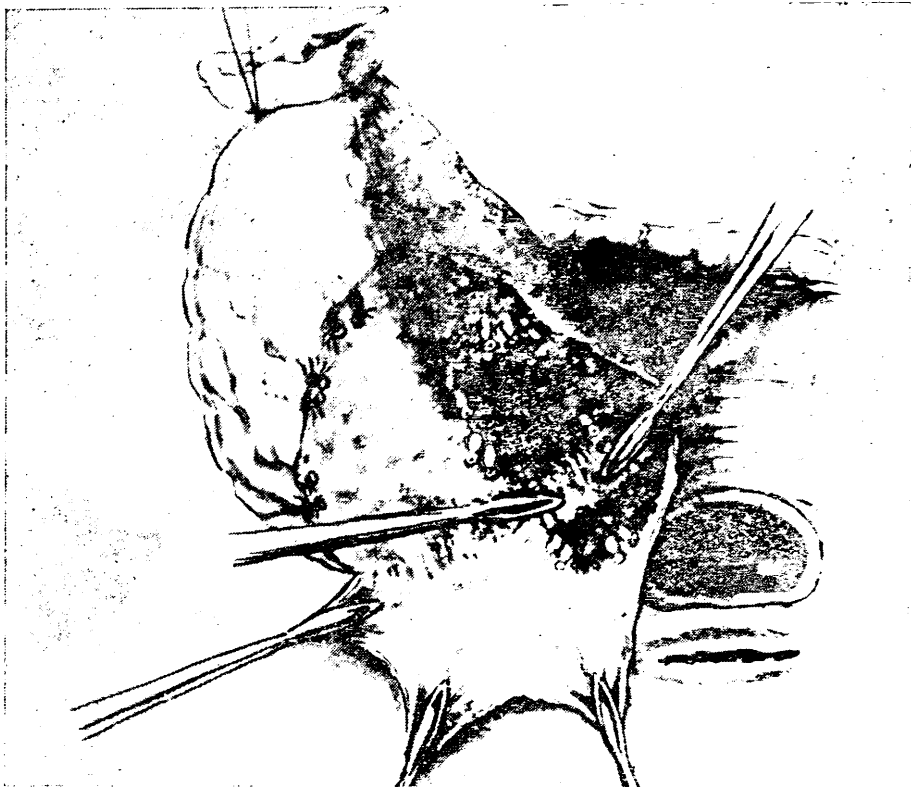
Meie kogemused näitavad, et nii parema kui vasaku sagara kirurgilisel töötlemisel kooskõlas nende kinnitumise anatoomiliste iseärasustega, on tingimata vaja kinni pidada põhiliste operatsioonietappide alltoodud järjekorrast:

1. vabastamine eesmiselt külgmiselt trahheea pinnalt algul ekstra-, hiljem intrakapsulaarselt, millega sagarad alumise pooluse väljatoomiseks ja kirurgiliseks töötlemiseks küllaldaselt mobiliseeritakse (joonis 1);

2. pärast näärmesagara keskmise, alumise ja külgmise pinna veresoonte kirurgilist töötlemist eemaldada see lõikega allesjäävast osast (joonis 2);

3. pidev subkapsulaarne veresoonte ligeerimine ja näärmesagara ülemise pooluse vabastamine (joonis 3).

Operatiivse juurdepääsu saavutame samuti nagu O. V. Nikolajevgi 6—9 sm pikkuse nahakraelõikega umbes 2 sm kõrgemal sternoklavikulaarliigese ühendavast joonest. Operatsiooni edasine kulg kuni kilpnäärme kirurgilise töötlemiseni ning anesteesia vastab täielikult O. V. Nikolajevi meetodile.



Joonis 2

Pärast infiltratsioonanesteesiat A. V. Višnevski järgi lõikame klemmide vahel läbi ja ligeerime veresooned näärmekitsuse ülemisel ja alumisel serval ning näärmesagara nähtavas osas.

Seejärel lõikame klemmide või ligatuuride vahel läbi näärmekitsuse ning asume parema sagara vabastamisele trahhea eesmisest-külgmisest pinnast. Vabastamine peab toimuma rangelt trahhea pinda mööda, s. o. kilpnäärme suhtes ekstrakapsulaarselt (joonis 1). See operatsioonimoment kergeneb pärast (10—15 ml) novokaiini täiendavat infiltratsiooni trahhea ja vabastatava näärmesagara vahele. Pärast ekstrakapsulaarset vabastamist trahhea eesmisest-lateraalsest pinnast ja *m. levator thyreoideae* läbilõikamist muutub töödeldav näärmesagar mobiilsemaks, mis võimaldab kergesti töödelda veresooni näärme keskmisel ja alumisel pinnal.

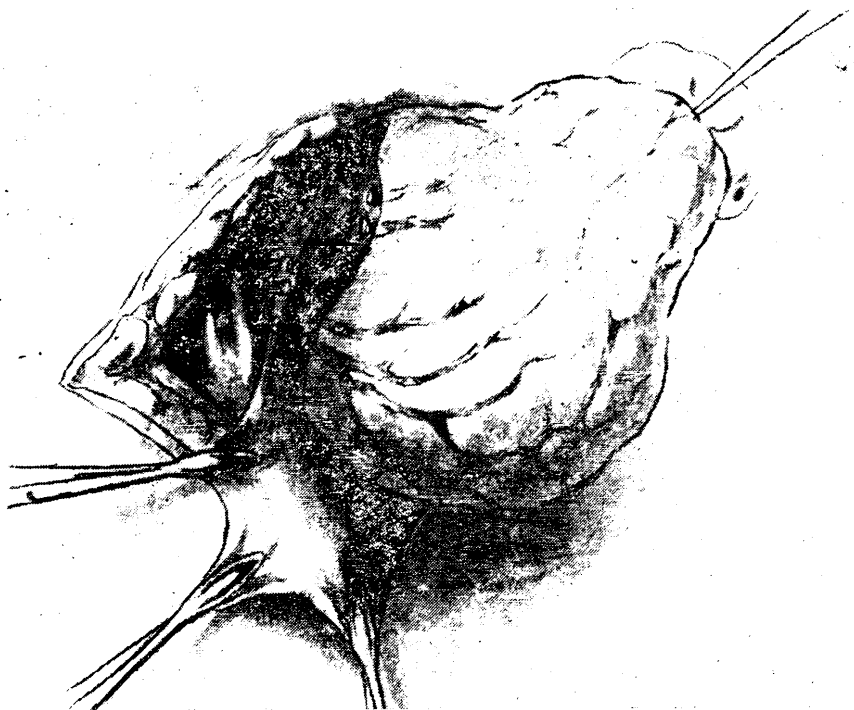
Kui ekstrakapsulaarsel vabastamisel trahhea eesmisest-külgmisest pinnast sagara alumise osa mobilisatsioon osutub mitteküllaldaseks alumise või ülemise pooluse vabaks väljatoomiseks ja veresoonte töötlemiseks, asume näärme vabastamisele intrakapsulaarselt tema tihedast fik-

satsioonist trahhea tagumise külgpinnaga, s. o. lõikame läbi veresooned koos kapsliga klemmide vahel mööda näärme keskmist pinda, mis on juba trahheast eraldatud.

Selline opereerimise viis garanteerib täielikult *nervus recurrensi* vigastamatus.

Sidekoelise katte läbilõikamisega näärme keskmisel pinnal klemmide vahel mobiliseerime näärme osa, mis on küllaldane alumise pooluse väljatoomiseks isegi retrosternaalse asetuse puhul.

Pärast veresoonte subkapsulaarset ligeerimist näärmesagara alumisel külgmisel pinnal ning kapsli ettevaatlikku eraldamist resektsioonijooneni asume eemaldamisele kuuluva osa äralõikamisele allesjäävast osast (joo-



Joonis 3

nis 2). Äralõikamist alustame trahheast eraldatud keskmisest pinnast, eemaldatava osa kergelt eemaleviidud asendis. Näärmekoe pidev läbilõikamine ja klemmide asetamine veresoontele võimaldab operatsiooni teostada ilma suurema verejooksuta. Eriti ettevaatlikult tuleb lõigata allesjääva osa ülemisest servast eesmärgiga asetada enne klemmid kilpnäärme alumise arteri harudele, mis kulgevad ülespoole mööda sagara tagumist pinda. Äralõikamine tuleb teostada loozist väljatoodud ning ülestõstetud näärmel, millega saab hästi määrata allesjääva osa suurust ning vabalt asetada klemmid veresoontele. Eemaldatava koe pideva, ettevaatliku äralõikamisega traumatiseerime allesjäävat kõnti võrdlemisi vähe ning säilitame tema hea verevarustuse ja innervatsiooni.

Pärast lõikust jääb eemaldatav näärmeosa fikseerituks ainult ülemise poolusega veresoonte ja neid katva väliskapsliga. Ülemise pooluse vabastamine pärast eemaldatava osa vabastamist trahheast ja allesjäävast näärmeosast toimub isegi kaugele üles ulatuvate struumade puhul tehniliselt kergesti, ilma operatsioonihaava vägivaldse laiendamiseta konksude abil või operatsioonihaava suurendamiseta lõike pikendamise teel jne. (joonis 3).

Enne ülemise pooluse vabastamist teostame täiendava anesteesia. Vabastamine toimub veresoonte läbilõikamisega pärast klemmide asetamist ainult tsentraalsele osale. Sellega eemaldame ülemise pooluse ilma liigse traumata (haava laiendamine konksudega, välja lukseerimine sõrmedega, löike suurendamine) hästiteostatud hemostaasi juures.

Operatsiooni järgmisel etapil ligeerime veresooned O. V. Nikolajevi järgi, s. t. grupeerime mitu klemmi ühte ligatuuri. Tavaliselt kilpnäärme ülemise arteri harud grupeeruvad hästi ühte ligatuuri pärast ülemise pooluse eemaldamist ning ligeeritakse kergesti kättesaadavas sügavuses.

Operatsiooni puhul peseme täiendavalt haava ja infiltreerime 0,25% novokaiinilahusega. Pärast haava pesemist viime haava umbes 100 000 ühikut penitsilliinilahust. Reeglina drenime raskete türeetoksi-koosivormide korral haava peene kummitoriga 1—3 ööpäevaks.

Ülaltoodud kirurgilise taktikaga õnnestus meil struuma subtotaalse resektsiooni abil märgatavalt vähendada operatsioonitraumat ja teisi komplikatsioone isegi tehniliselt raskete operatsioonide puhul.

Ainukeseks vastunäidustuseks kirjeldatud operatsioonikäigu kasutamisele on kilpnäärme suurenemine põhiliselt kitsuse piirkonnas.

Nagu kogemused näitavad, on toodud operatsioonivariandis kõige ohtlikum allesjääva ülemise näärmeosa läbilõikamine eemaldamisele kuuluvast näärmeosast, sest sellel momendil võib ettevaatamatu klemmide kasutamine vigastada *nervus recurrens*'it.

KIRJANDUS

1. Вишневский А. В. Хирургическая анатомия нервов щитовидной железы. Новый хирургический архив, том 15, № 58—59, стр. 332, 1928. — 2. Николаев О. В. Хирургическое лечение базедовой болезни, как один из видов терапии. Вестник эндокринологии, том V, № 1—2, стр. 663, 1935. — 3. Гуревич Г. И. К механизму возникновения острых состояний при операции по поводу тиреотоксикоза. Проблема эндокринологии и гормонотерапии. 3, 42, 1956. — 4. Молодая Е. К. Выбор метода обезболивания при операциях на базедовом зобе. Хирургия, 7, стр. 18, 1950. — 5. Молодая Е. К. Анализ причин летальности при базедовой болезни. Хирургия, 7, стр. 18, 1950. — 6. Лидский А. Т. Эндемический зоб. Свердловск, 1954. — 7. Лепешинский Л. В. Зоб. Свердловск, 1948.

·К ТЕХНИКЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А. Клийман

Резюме

Наш опыт оперативного вмешательства на зобе по методу О. В. Николаева показывает, что техническое осуществление операции затруднено не только глубоким анатомическим расположением отдельных частей увеличенной щитовидной железы, но и плотностью фиксации ее к стенке ложа, т. е. степенью мобильности долей железы. Главной причиной, затрудняющей выведение доли железы для осуществления основного этапа операции (выделение, субкапсулярная перевязка сосудов и резекция) при различных анатомических расположениях и других особенностях зоба, является плотная фиксация долей железы медиально-задней поверхностью к трахее и их верхних полюсов с помощью сосудов и наружной капсулы к окружающим образованиям.

Поэтому, с целью устранения вышеизложенных причин, усложняющих техническое осуществление основного этапа операции при плотно фиксированных зобах, мы считаем правильным производить их хирургическую обработку по методу О. В. Николаева в следующей последовательности.

1. После предварительного пересечения перешейки необходимо для мобилизации обрабатываемой доли производить вначале экстракапсулярное, затем интракапсулярное максимальное отделение ее от передне-боковой поверхности трахеи, в результате чего нижний полюс становится свободно выводимым и облегчается дальнейшая хирургическая обработка даже при его глубоком анатомическом расположении.

2. После субкапсулярного лигирования сосудов по внутренней, нижней и наружной поверхностям в условиях максимального выведения нижнего полюса следует производить отсечение удаляемой части железы от оставляемой культи. Последнее осуществляется свободно даже при кольцевых зобах.

3. При осуществлении основного этапа операции необходимо производить в последнюю очередь субкапсулярное выделение и лигирование сосудов верхнего полюса, так как в подавляющем большинстве случаев хирургическая обработка верхнего полюса после отделения удаляемой доли железы от трахеи и отсечения от оставляемой культи производится технически легко даже при глубоком анатомическом ее расположении, без насильственного расширения операционной раны или увеличения операционного доступа более длинным разрезом.

Ajukolju kinniste vigastuste ravist akuutses staadiumis

A. Tikk,

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Neuroloogia kateedrist, juhataja dotsent E. Raudam)

Ajukolju traumad muutuvad seoses transpordi ja tehnika arenemisega üha sagedasemaks ja raskemaks. Nende ravi nõuab suurt tähelepanu nii trauma akuutses staadiumis kui ka järelseisundite puhul. Vale või puuduliku ravimise tõttu võivad ka ajukolju kõige kergemad traumad sageli põhjustada raskeid varajasi ja hiliseid komplikatsioone. Seepärast on ajukolju traumade ravimise tõhususe seisukohalt suur tähtsus õigel ja ratsionaalsel abi andmisel meditsiinipersonali poolt juba esimesel kokkupuutel haigega.

Vigastatud ajukoljuga haige seisundi ohtlikkuse hindamisel peab üksikasjalikult selgitatama kesknärvisüsteemi talitluse häirete iseloomu. Anamneesiaandmete kogumisel on oluline pöörata tähelepanu teadvusehäirete kestusele ja sügavusele, samuti ka iiveldusele, oksendamisele ja verejooksudele kõrvast ning ninast. Haige neuroloogilisel uurimisel tuleb erilist tähelepanu pöörata kuklakangestusele, Kernigi sümptomile, nasolabiaalvoltide asümeetriale, keele asendile selle väljasirutamisel, nüstagmidele, reflekside erinevusele kehapoolte vahel ning samuti ka Babinski refleksi ja hemitüüpi tundlikkuse häirete esinemisele. Kuigi pea pehmete kudede vigastamistel on teisejärguline tähtsus, tuleb meeles pidada, et nende all võivad leiduda koljuluude ohtlikud murrud.

Kolju trauma tekitab kesknärvisüsteemis ülemäärase pidurduse. Koos ajukoe otsese anatoomilise kahjustusega on viimane aluseks ulatuslike neuroreflektorsete, neurohumoraalsete ja sisesekretoorsete häirete kujunemisele (1, 2, 3). Kliiniliselt väljendub see esijoones hingamis- ja vereringetalitluse halvenemises, mis tekitab hapnikuvaegust kudedes, kõigepealt aga ajukoos. Seoses sellega arenevad kogu organismis ohtlikud ainevahetuse häired, mida üldiselt iseloomustab oksüdatsiooniprotsesside puudulikkus.

Vigastatud ajukoljuga haige seisundi halvenemise vältimiseks tuleb eranditult kõigil juhtudel, vaatamata haige seisundile, kehtestada viivitamatult absoluutne lamamisrežiim. Täielik voodirahu peab lühiajalise teadvuse kaotuse ja kiiresti normaliseeruva neuroloogilise leiuga komotsioonide puhul kestma 10 kuni 14 päeva, tõsisemate kontusioonide puhul aga 4 kuni 6 nädalat vastavalt seisundi raskusele. Kergete komotsioonide puhul on hilisteks komplikatsioonideks kõige sagedamini mitmesugused neurootilised ja asteenilised seisundid. Nende vältimise peamiseks abinõuks on range lamamisrežiim.

Kinnise koljutraumaga haigeid on kõige otstarbekam hospitaliseerida lähimasse raviasutusse, kus on tagatud korrapärane arstlik järele-

valve ja ravimine. Šokiseisundi puhul ei ole haige kaugele transportimine näidustatud. Kui vastav spetsialist kohapeal puudub, siis tuleb sääras-
tel juhtudel telefoni teel viivitamatult pöörduda konsultatiivse abi saa-
miseks kas Tallinna Vabariikliku Haigla või Tartu Vabariikliku Kliini-
lise Haigla Neurokirurgia Osakonna poole, kust vajaduse korral lennukil
või autol kiiresti kohale sõidab konsultant-neurokirurg. Viimane annab
kohapeal abi ja otsustab haige edaspidise ravimise ning transportimise
küsimused.

Ajukolju raske trauma puhul tuleb tarvitusele võtta abinõud hinga-
mishäirete vältimiseks, sest sel puhul on hingamise lakkamine peami-
seks surmapõhjuseks. Oksemasside ja vere aspireerimise vältimiseks ase-
tatagu haige külili ja takistatagu keele vajumist kurku. Ohu puhul tuleb
võimalikult kohe anda hapnikku. Seda antakse hapnikupadjast hariliku
huuliku või nina kaudu trahheasse lükatud sondi abil. Hingamiskeskuse
ergutamiseks tuleb süstida lobeliini ja tsütitooni, võimaluse puhul antagu
aegajalt hingata CO₂ (näiteks minutis 15 korda O₂ ja 1 kord CO₂). Kohe
tuleb alustada ka vereringehäirete ravimist. Trauma puhul sageli esi-
neva perifeersete kudede isheemia puhul kuhjuvad nendes mitmesugused
ainevahetuse vaheproduktid. Selliste nähtude kiirema möödumise taga-
miseks ei soovitata rakendada tugeva toimega adrenaliinitaolisi vaso-
konstriktoriseid vahendeid (3), vaid soovitatakse manustada kofeiini ja
kamprit või teisi nendele lähedase toimega piklikuaju elutähtsaid keskusi
ergutavaid medikamente. Kuid ka perifeersete veresoonte liiga kiire
dilatatsiooni puhul (näiteks haige tugeval soojenemisel) võib tähtsate
elundite verevarustus järsku halveneda ja raskendada nende talitlust.

Parim abinõu võitluses vereringe akuutsete häiretega on 250 kuni
300 milliliitri konservvere või 500 kuni 1000 milliliitri viie- kuni kümne-
protsendilise glükoosilahu manustamine veenisisesi (3, 4). Suuremate
ajusiseste verevalumite puudumisel võib aju verevarustuse parandami-
seks ettevaatlikult kasutada vasodilatatoorseid vahendeid, nagu papave-
riini (0,04 kolm korda päevas) või manustada veenisisesi aeglaselt 5 minuti
vältel 2,0 g 24-protsendilist eufüllüünilahust kaks korda päevas. Paljud
autorid näitavad häid tagajärgi ka kaela vagosümpaatilise blokaadi abil
20 kuni 30 ml 0,5-protsendilise novokaiiniga aju rohkem kahjustatud
poolel (5, 6, 7). Vereringe stabiilsuse säilitamiseks võib kasutada 3—5
tunni vältel tilkinfusioonina kiirusega 30—40 gtt/min. glükoosilahust koos
50 kuni 150 milliliitri 0,25- kuni 0,5-protsendilise novokaiinilahusega.
Röntgeni ülesvõtteid, lumbaalpunktsiooni ning muid protseduure ja ope-
ratsioone võib teha alles peale hingamise ja vereringe stabiliseerumist.

Pärast hingamise ja vereringe stabiliseerumist jätkub kompleksne
ravi organismi funktsioonide edasiseks kiireks ja täielikuks normaliseeri-
miseks (8). Kompleksse ravi põhisuunad on järgmised: 1) kesknärvisüs-
teemi erutuse ja pidurduse vahetuse vahetuse vahetuse vahetuse vahetuse
häiritud ainevahetuse, esijoonelise oksüdatsiooniprotsesside soodustamine
koos menetlustega ajuturse vältimiseks; 2) menetlused verejooksude väl-
timiseks; 3) sekundaarsete infektsioonide vältimine; 4) menetlused hüper-
termia ja teiste komplikatsioonide vastu.

Kaht esimest raviprintsiipi on tarvis rakendada ka kõige kergemate
ajukoljuvigastuste puhul, sest haigete suhteliselt hea tervislik seisund
on ainult näiline, kuivõrd hariliku kliinilise uurimismetoodika piiratus ei
võimalda esile tuua varjatult kulgevat patoloogiat.

Närvisüsteemi kaitsepidurduse süvendamiseks ja 9- kuni 10-tunnise
unerežiimi tagamiseks tuleb kasutada kolm korda päevas uinutite väi-
kesi annuseid ja broompalderjani (luminaali 0,03-0,05, barbamüüli 0,1,
bromuraali 0,2—0,3, mikstuurina *Kal. bromati* 6,0—10,0, *T-rae Valerianae*
10,0—15,0 ja *Aquae destillatae ad* 200,0). Raskete traumade puhul tuleb
vältida morfiini ja selle derivaate, sest need võivad omakorda piklikus
ajus paiknevate elutähtsate keskuste talitlust veelgi kahjustada (9, 10).

Tugeva psühhomotoorse rahutuse puhul võib kasutada lihastesisesi *Sol. Scopolamini hydrobromici* 0,05%—0,5 kuni 1,0 ml, intravenoosselt *Sol. Natr. bromati* 10%—10,0 või *per clysmam* kloraalhüdraati 1,0—2,0. Lisaks manustatud medikamentidele tuleb haige katta voodiservadele tugevasti kinnitatud linaga ning juurde paigutada pidev valve. See on vajalik ka haige hingamise, pulsi ja vererõhu kontrollimise pärast iga tunni järel.

Oksüdatsiooniprotsesside soodustamiseks võib kasutada tilkinfusioonina viie- kuni kümneprotsendilist glükoosilahust koguses 1—2 liitrit ööpäevas koos C-vitamiiniga (500—1000 mg) ja B₁-vitamiiniga (200—300 mg). Oksüdatsiooniprotsesside soodustamiseks süstitakse iga päev või ülepäeviti hapnikku (0,3—1,0 liitrit) subkutaanselt reie eesmisele pinnale (11). Ajuturse nähtude esinedes (hiljemalt viiendal või kuueandal päeval) on viie- kuni kümneprotsendilise glükoosilahuse asemel kõige sobivam korduvalt kasutada dehüdreeriva toimega 40-protsendilise glükoosilahuse intravenoosseid süsteid koguses 60—100 milliliitrit koos pool tundi hiljem järgneva *Magn. sulfuricum*'i poolküllastatud lahuse klistiiriga (100—300 ml). Dehüdreerimiseks võib kasutada ka intramuskulaarselt 25-protsendilist *Magnesium sulfuricum*'i lahust 8 kuni 10 milliliitrit või mõni kord ka merkusaali lihasesisesi (1—2 ml). Vähem soovitatav on korduv viie- kuni kümneprotsendilise keedusoolalahuse manustamine veenisisesi (12):

Dehüdreerivat ravi vajavat ajuturset ja liikvori hüpertensioonisündroomi aitab diagnoosida ettevaatlikult tehtud lumbaalpunksioon. Normaalse rõhu puhul väljub punktsiooninõelast 50 kuni 80 tilka liikvorit minutis. Ajutrauma puhul sageli esineva kõrgenenud rõhu kõrval võib mõnikord täheldada ka märgatavalt vähemat liikvori rõhku. Viimasel juhul peetakse eriti otstarbekaks (13) isotoonilise glükoosilahuse (4,5- kuni 5-protsendilise) manustamist intravenoosselt, subkutaanselt või rektaalselt suurtes kogustes (1—2 l) (13). Rohkesti verd sisaldava liikvori puhul tuleb piirduda ainult diagnoosiks vajaliku ühe kuni kahe milliliitri liikvori väljalaskmisega. Selget ja läbipaistvat liikvorit võib hüpertensiooni puhul koljuõõnes aeglaselt välja lasta kuni liikvori rõhu normaliseerumiseni ainult siis, kui ei esine ajutüve pitsumise nähte (kahepoolne positiivne Babinski refleks, kuklakangestus, toonilised krambid).

Ajuturse vältimiseks peab toit esimesel haigusnädalal olema soolavaba ja tarvitatava vedeliku hulk mitte üle 0,5 liitri päevas.

Pea pehmete kudede ja koljuluude vigastuste puhul ning eakamatele haigetele tuleb süstemaatiliselt manustada sulfaniilamiide ja antibiootikume. Sellega välditakse mädaste ja eakamatel haigetel sageli esinevate kopsukomplikatsioonide teket. Kopsukomplikatsioonide vältimiseks on olulised ka hingamisharjutused, mida tehakse voodis iga päev mitu korda.

Verevalumite vältimiseks ja ravimiseks tuleb asetada külm kott pea piirkonda, süstida vikasooli lihasesisesi (5—10 ml) või manustada *per os* K₃-vitamiini (1—2 tabletti kolm korda päevas). Samuti võib süstida veenija lihasesisesi 20 ml 10-protsendilist želatiinilahust. Kongo punase kasutamine verehüübimise soodustamiseks ajukolju vigastuste puhul ei ole näidustatud.

Aju raskete kontusioonide puhul võib esimese päeva lõpul tekkida hüpertermia. Selle vältimiseks tuleb kasutada õhuke si voodikatteid ning *per os* või *per clysmam* antipüreetilisi vahendeid (antipüriini, püramidooni jt. 0,5—1,0 *pro dosi*) koos külmade kottide ja mähistega kehapiirkondadele, kus verelarustus on hea (rind, kaenlaalused, kõht ja kubemed). Võitluses hüpertermia, ajuturse ja psühhomotoorse rahutusega on eriti tõhusad aminosüüpi neuropleegilised ja mitmesugused gangliolüütilised ühendid (4, 6, 14, 15). Nendega on sageli võimalik päästa hai-

geid üliiraskes, varemalt täiesti lootusetuks peetud seisundis. Häid tulemusi annab eraldi valmistatud aminasiini, dimedrooli ja püramidooni üheaegne kuid eraldi teostatud manustamine lihastesisesi järgmistes kogustes:

Rp. Sol. Aminazini 2% 2,0 (valmistatakse ja hoitakse pimedas!)

Rp. Sol. Dimedroli 2% 2,0

Rp. Sol. Pyramidoni 5% 4,0

Mainitud koguseid manustatakse järjest mitme päeva jooksul iga kolme kuni viie tunni järel kuni üldseisund stabiliseerub. Seejuures tuleb iga kord enne manustamist hoolikalt uurida haige seisundit, sest aminasiini manustamisel võivad komplikatsioonid (näiteks intrakraniaalsed hematoomid) areneda märkamatuks.

Nende füüsikaliste ja medikamentoosete hüpertermiavastaste vahendite kombineeritud kasutamine peab hoidma haige kehatemperatuuri 37,5° C piires. Kui füüsikaliste jahutamisevahendite rakendamisel lihased hakkavad värisema, siis tuleb suurendada aminasiini annust.

Lamatiste ja kopsukomplikatsioonide vältimiseks peab haigete asendit iga kolme kuni nelja tunni järel süstemaatiliselt muutma. Lamatiste ärahoidmiseks on tähtis vältida ka naha määrdumist väljaheidetega ja süstemaatiliselt hõõruda haige selga ning külgi kampripiiritusega. Vaagna alla asetatagu kummirõngas ja kergelt põlvest kõverdatud jalgu toetatagu patjadega, asetades need vastavalt haige asendile kas põlvede alla või nende vahele.

Voodirežiimi lõpul lubatakse haigel algul istuda ning mõne päeva möödudes ka käia. Pärast statsionaarist väljakirjutamist vabastatakse haige tööst mõneks ajaks. Haiguspuhkuse määramisel võetakse arvesse trauma raskus. Eriti puhkuseperioodi algul on otstarbekohane jätkata bromiidide ja palderjani süstemaatilist manustamist koos kofeiiniga. Hea enesetunde puhul võib patsiendil algul lubada töötada vähema koormusega (vabastada lisakohustustest, öösistest vahetustest ja valvetest, lähetest jne.).

Kirjandus

1. Арутюнов А. И. — *Вопр. нейрохирургии* 19, 2, 4—9, 1955.
2. Гращенко Н. И., Иргер И. М., Кассиль Г. Н. — *Вопросы нейрохирургии* 21, 5, 13—17, 1957.
3. Tönnis, W., Frowein, R. A. — *Wiener Med. Wochenschrift*, 45, 933—937, 1956.
4. Krauss, H., Wiemers, K. — *Med. Klinik*, 13, 502—504, 1956.
5. Fantiš, A. — *Českosl. fysiolo.* 2, 4, 391—399, 1954.
6. Hense, G. — *Zbl. f. Chir.* 632—637, 1956.
7. Kicsár, A., Nádor, G. Y., Zolcer, L., Faragó, I., Molnár, E. — *Zbl. f. Chir.* 12, 489—499, 1957.
8. Раудам Э. И. и Тикк А. А. — Тезисы докладов совещания по проблемам торможения и лечения сном. Тарту, 1955.
9. Раудам Э. И. и Тикк А. А. — Тезисы докладов I всесоюзной конференции нейрохирургов, Л., 1956.
10. Беручашвили Л. З. — *Вопр. нейрохирургии* 20, 2, 49—51, 1956.
11. Ajaste, N., Eiso, H., Taba, M., Laksberg, E. — *Tartu Riikliku Ülikooli toimetised* (trüki).
12. Tikk, A. — *Tartu Riikliku Ülikooli toimetised* Nr. 58, 78—87, 1957.
13. Глушкова И. С., Михаловский В. С., Файнзльберг Я. И. — *Вопр. нейрохирургии* 19, 2, 15—22, 1955.
14. Ebach, K. W. — *Monatschr. f. Unfallh. u. Versicherungsmed.* 59, 11, 321—359, 1956.
15. Pawassart, H. — *Zbl. f. Chir.* 16, 637—642, 1956.

О лечении закрытых черепно мозговых травм в острой стадии

А. Тикк

Резюме

В статье разбираются основные вопросы, касающиеся лечения закрытых черепно-мозговых травм с точки зрения практической работы в районных условиях, где не имеется на месте специалиста-нейрохирурга или специалиста-невролога.

Принимая во внимание важное значение оказания правильной и рациональной первой медицинской помощи, автор отмечает важнейшие симптомы, на которые следует обращать особое внимание при черепно-мозговых травмах.

При всех черепно-мозговых травмах, несмотря на тяжесть их состояния, необходим абсолютный постельный режим, который при легких контузиях соблюдается 10—14 дней, а при тяжелых контузиях — 4—6 недель.

Первые мероприятия направляются против дыхательных и вазомоторных расстройств и только после стабилизации дыхания и кровообращения разрешаются люмбальные пункции, рентгеновские снимки и операции.

Затем переходят к комплексному лечению, которым предусматривается следующее: 1) регулирование торможения и возбуждения в центральной нервной системе, 2) улучшение окислительных процессов в организме и мероприятия против отеков головного мозга, 3) мероприятия против кровоизлияний, 4) предохранение от вторичных инфекций, 5) мероприятия против осложнений (гипертермия и др.).

Рекомендуются малые дозы снотворных и успокаивающих средств для улучшения окислительных процессов, кроме других средств, и подкожное введение кислорода.

Для дегидратационной терапии более целесообразно применять глюкозу. Повторные инъекции хлористого натрия нежелательны. При тяжелых травмах особенно эффективны нейроплегические средства типа аминазина, которые применяются в течение нескольких дней.

При тяжелых травмах большое значение имеет правильный уход за больным.

После лечения, при хорошем состоянии больного, можно его постепенно допускать к работе, причем сначала — к работе с посильной для него нагрузкой. Попутно желательно в этот период применять и малые дозы успокаивающих средств.

Organismi leukotsüütide reaktsiooni ja fagotsütoosivõime dünaamikast enne ja pärast operatsiooni

J. Sarv.

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üldkirurgia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent A. Ruili)

Leukotsütaarne ja fagotsütaarne reaktsioon kui evolutsiooniprotsess väljaarenenud kaitsereaktsioonid [I. I. Metšnikov (1)] ei väljenda mitte üksnes üksikute elundisüsteemide reaktiivsust, vaid teatud määral ka kogu organismi reaktiivsust, näidates, millisel määral organism on võimeline mobiliseerima oma kaitsejõude võitluseks kahjulike teguritega [D. N. Janovski (2)].

Ühtlasi ei ole fagotsütoos organismis isoleeritud nähtus, vaid sõltub paljudest sisemistest ja välistest faktoritest. Nii võivad fagotsütoosiprotsessi mõjustada verevalkude koostis, temperatuur ja pH muutused [T. Kanai ja R. Höber (3), Th. Madsen ja O. Wulff (4), W. O. Fenn (5) jt.]. Fagotsütoosile avaldavad mõju siseselektsiooninäarmete [I. Asher (6), K. Furuya (7) jt.] ning vegetatiivse ja kesknärvisüsteemi funktsionaalne seisund [N. V. Putškov ja Golodets (8), A. N. Gordijenko (9), A. A. Strutsovskaia (10), A. M. Monajenkov (11) jt.], samuti mitmesugused haigusprotsessid ja nende kulg [E. I. Atahhanov (12), E. Kestermann ja K. E. Vogt (13), A. A. Gogotškina (14) jt.].

Arvestades kirjanduse andmete puudulikkust fagotsütoosivõime muutuste kohta kirurgilise ravi vältel, on käesolevas töös uuritud peri-

feerse vere leukotsüütide fagotsütoosivõime dünaamikat enne ja pärast operatsiooni ning fagotsütoosivõime ja valgeverre muutuste vahekorda kirurgilise ravi perioodil.

92 vaatlusalusel uuriti leukotsüütide fagotsütoosivõimet ja valgeverre morfoloogiat kokku 1308 korda. Vaatlusalusteks olid 30 doonorit ja 62 lamavat haiget Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla haavaosakonnas. Verd võeti opereeritavail haigeil ühesugustes palatitingimustes kaks kuni viis päeva enne operatsiooni kella 11—12 vahel ja pärast haige 5- kuni 10-minutilist operatsioonilaual viibimist. Osal haigetest määrati vere leukotsüütide fagotsütoosivõime ka üks päev enne operatsiooni, pärast eelseisvast operatsioonist teatamist. Pärast operatsiooni uuriti kõiki haigeid seitse kuni üheksa korda samades tingimustes nagu enne operatsiooni. Koos fagotsütoosivõime määramisega uuriti ka leukotsütoosi ja valgeverepilti.

Vere leukotsüütide fagotsütoosivõime määrati järgmise meetodi järgi: kahe kuupsentimeetrilise mahuga süstlasse võeti 0,25 ml kaheprotsendilist *Sol. Natrii citrici* ja 0,75 ml verd kas parema või vasaku käe veenist (paremini kättesaadavast) punktsiooni teel. Dünaamiliste uurimiste korral võeti verd alati ühe käe veenist. Tsitraatveri viidi leelisevaesest klaasist katseklaasi ja loksutati kergelt segi. 15—20 minuti möödumisel (katse ettevalmistamise aeg) võeti 0,2 ml tsitraatverd leelisevaesest klaasist katseklaasi pikkusega 80 mm ja diameetriga 8 mm. Lisati 0,1 ml ööpäevavanust kuumusega surmatud *Staphylococcus aureus haemolyticus*'e suspensiooni tiitriga 2 miljardit ml. Katseklaas asetati 20 minutiks vette, mille temperatuur oli $+37^{\circ}\text{C}$. Iga viie minuti järel loksutati katseklaasi kergelt. Nimetatud inkubatsiooniaja möödumisel lisati fagotsütoosiprotsessi koheseks lõpetamiseks üks tilk 40-protsendilist formalini lahust ja loksutati kergelt segi. Seejärel valmistati preparaadid, fikseeriti vähese hulga metanooliga kuivamiseni ja värviti Giemsa-Romanovski meetodi järgi.

Fagotsütoosivõimet hinnati:

1) ühe loetud neutrofiilse leukotsüüdi kohta tuleva keskmise mikroobide arvu, nn. fagotsütaararu ja

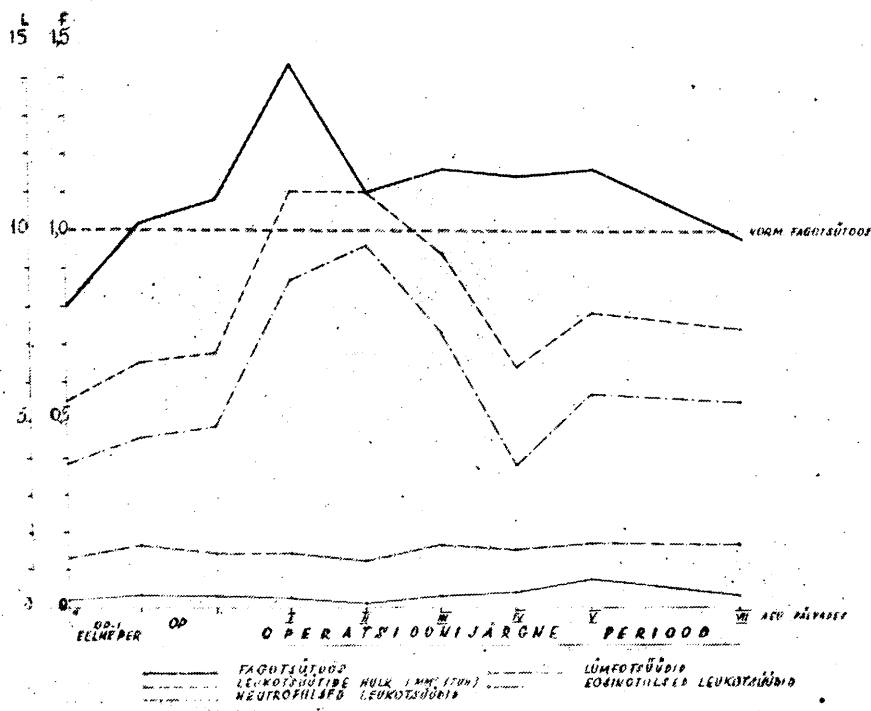
2) fagotsütoosiprotsessist osavõtnud neutrofiilsete leukotsüütide protsendi järgi.

Fagotsütoosivõime näitajate väljatoomiseks loeti valmistatud preparaadis 100 neutrofiilset leukotsüüti.

Mitmete autorite poolt kasutatav katsemetoodika erineb väga, mille tõttu ei saa katsete tulemuste arvulisi väärtusi omavahel võrrelda. Parema kujutluse saamiseks leukotsüütide fagotsütoosivõime algnäitajate suurusest ja nihete suunast võrreldakse käesolevas töös haigete uurimisel saadud andmeid tervetel inimestel (doonoritel) kõige sagedamini esinevate näitajatega (joon. nr. 1 ja 2). Doonoritel saadi järgmised leukotsüütide fagotsütoosivõime näitajad: fagotsütaararv kõikus 4,5 kuni 5,2 vahel, sagedamini oli see 5,0. Fagotsütoosi protsent oli enamasti 89—90.

Katsetulemusi analüüsides selgub, et haigetel tekivad vahetult enne operatsiooni tunduvad nihked vere leukotsüütide fagotsütoosivõimes. Nii võis katsete esimeses seerias uuritud 17 songahaigel pärast viie- kuni kümneminutilist viibimist operatsioonilaual täheldada fagotsütaararu suurenemist keskmiselt 4,3-lt 4,9-ni ehk 14%. Mõnel juhul fagotsütoosi protsent aga kas suureneb, väheneb minimaalselt (1—2 fagotsüüdi piirides) või jääb muutumatuks. Üheteistkümnel kroonilise ussjätkepõletikuga haigel määrati fagotsütoosivõime enne apendektoomiat. Operatsioonitoas vahetult enne operatsiooni teostatud uurimiste keskmine väärtus näitas suuremat tõusu kui eelmise grupi haigetel, suurenedes 4,4-lt 5,1-ni. Fagotsütoosiprotsendi minimaalne kõikumine ühekahe fagotsüteeriva leukotsüüdi piirides toimub ka selle grupi juures.

Järgmistes katseseeriates mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandiga ning mao pahaloolumulise tuumoriga haigetel määrati leukotsüütide fagotsütoosivõime ka üks päev enne operatsiooni. Kaheteistkümmel mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandihaiigel suurenes fagotsütaararv üks päev enne operatsiooni, kui haige sai teada operatsiooni aja ja muud üksikasjad, mida operatsioonile minevale haigele teatatakse tavalises korras. Suurenemine jõudis maksimumini operatsioonitoas. Pärast viie- kuni kümneminutilist operatsioonilaul lamamist ületas see oma algväärtuse



Joonis 1. Fagotsütoosi ja valgeverre muutused novokaiinianesteesiaga teostatud tüsistusteta operatsioonijärgse perioodiga herniotoomia puhul (Hgl. 671/55. a.).

keskmiselt 21,2%. Ka mao pahaloolumuliste kasvajate puhul suurenes haigetel fagotsütaararv üks päev enne operatsiooni ja operatsioonitoas, kuid vähemal määral kui haavandihaigetel, ületades oma algväärtuse ainult 12% võrra. Fagotsütoosiprotsendi nihked olid analoogilised eelmistes gruppides täheldatud muutustega.

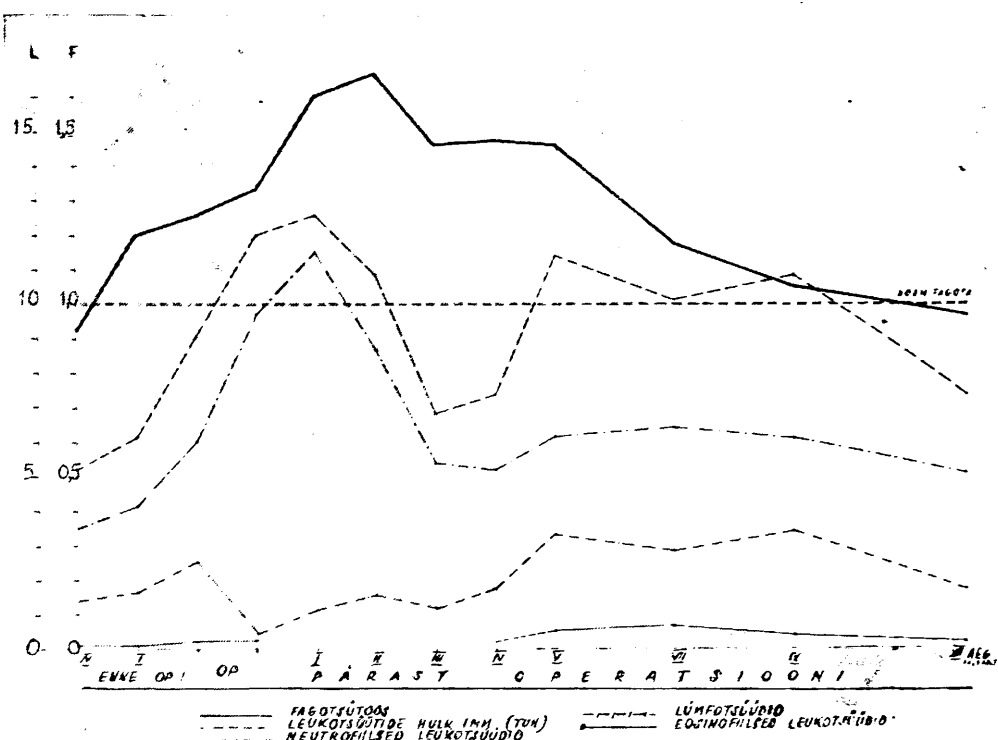
Käesoleva töö materjali põhjal ei saa tähendada, et leukotsüütide fagotsütoosivõime suurenemine sõltuks eelseisva operatsiooni raskusest. Nii võis enne täiesti erineva raskusega operatsioone, nagu herniotoomia ja subtotaalne maoresektioon pahaloolumulise tuumori puhul, näha leukotsüütide fagotsütoosivõime võrdset suurenemist.

Leukotsüütide fagotsütoosivõime suurenemisega käib enamasti kaasas ka leukotsüütide absoluutse hulga suurenemine.

Kõige enam suurenes leukotsüütide hulk enne operatsiooni haigetel mao pahaloolumulise tuumoriga, ületades oma algväärtuse keskmiselt 28,6% võrra. Kõige vähem tõusis leukotsüütide hulk kroonilise ussjätkepõletiku puhul, ületades oma algväärtuse keskmiselt ainult 10,8% võrra. Leukotsüütide absoluutse hulga suurenemise kõrval esines aga igas katserühmas ka juhtumeid, kus leukotsüütide arv enne operatsiooni langes (kokku 14-l juhul 50-st vaatlusalusest).

Operatsioonijärgne periood jaguneb fagotsütoosivõime ja valgeveremorfoloogiliste muutuste seisukohalt kahte faasi, kusjuures mõlema faasi vahetust mõjutab operatsiooni suurus ja selle kulu iseärasustest.

Kergele ja keskmise raskusega operatsioonile vahetult järgnev esimene faas kestab 1—2 päeva. Selles faasis esineb neutrofiilne leukotsütoos nihkega vasakule koos eosinofiilide hulga järsu languse või täieliku kadumisega. Samuti väheneb lümfotsüütide ja monotsüütide arv. Fagotsütoosivõime selles faasis on tugevasti tõusnud, see on kõige kõrgem esimesel päeval, millal fagotsütaararv ületab normaalse väärtuse 1,4 kuni 1,5 korda. Teisel päeval hakkab fagotsütoosivõime langema ja jõuab kolmandal päeval pärast operatsiooni väärtuseni, mis iseloomustab operatsioonijärgse perioodi teist faasi (joonis 1).



Joonis 2. Fagotsütoosi ja valgeveremorfoloogiliste muutused novokaiinianesteesiaga teostatud tüsistusteta operatsioonijärgse perioodiga maaresektiooni puhul (Hgl. 831/55. a.).

Pärast raskeid operatsioone kestab esimene faas 3—4 päeva. Kirjelatud muutusi valgeveres saab enamasti sedastada operatsiooni lõpul, kusjuures need süvenevad ka esimesel ja teisel päeval pärast operatsiooni. Fagotsütoosivõime on siin nii fagotsütaararvu kui ka fagotsütoosi protsendi osas tugevasti tõusnud. Mõlemad näitajad on maksimaalsed enamikul juhtudest teisel, mõnikord ka kolmandal päeval pärast operatsiooni. Fagotsütaararv ületab normaalse väärtuse 1,7 kuni 1,9 korda. Fagotsütoosist osavõtnud leukotsüütide protsent on 99—100 (joonis 2).

Kõrge fagotsütoosivõime püsimine esimesest faasist teise üleminekul on hoiatavaks signaaliks organismi võitlusest olemasoleva või ähvardava komplikatsiooniga. Näiteks toome haigusloo nr. 2421/55. a. 45-aastane naisehaige diagnoosiga *Appendicitis acuta perforativa*, *peritonitis diffusa*. Fagotsütoosivõime püsib pidevalt kõrgel veel ka 8. ja 9. päeval pärast operatsiooni.

Operatsioonijärgse perioodi teine faas algab fagotsütoosivõime langusega, hiljem jääb see aga püsima kogu operatsioonihaava paranemise aja kestel normaalsest veidi kõrgemana. Fagotsütoosivõime vähenemine teise faasi algul langeb tavaliselt ühte eosinofiilide arvu tõusuga, mida saadab lümfotsüütide ja monotsüütide arvu tõus. Fagotsütoosivõime tõus selles faasis sunnib mõtlema algavatele tüsistustele kas operatsioonihaava piirkonnas või mujal organismis.

Näiteks toome haigusloo nr. 2470/55. a., 52-aastane meeshaige, diagnoosiga *Hernia inguinalis directa completa sin.* Neljandal päeval pärast operatsiooni esineb mõõdukas fagotsütoosivõime tõus, mis püsib pikemat aega. Hiljem tekib operatsioonihaava piirkonnas vähese mädaeritusega tugev infiltraat.

Võrreldes kõiki neid muutusi omavahel selgub, et operatsioonijärgse perioodi esimeses faasis on esiplaanil organismi reaktsioon, mida iseloomustab evolutsiooniprotsessis väljaarenenud ja spetsiaalselt võitluseks kahjulikkude teguritega kohanenud elementide (neutrofiilsed leukotsüüdid) aktiivsus. Koe reaktsioon on aga tagaplaanil. Selliste reaktsioonide põhjus võib olla mitmesugune. Peale operatsiooni tekkinud eosinofiilide arvu järsk langus või kadumine ja samaaegne lümfotsüütide arvu vähenemine näitab, et tegemist on hüpofüüs-neerupealise süsteemi aktiveerumisega [H. Selye (15), W. H. Appel ja K. J. Hansen (16) jt.]. Eosinofiilide pikemaajaline puudumine koos leukotsüütide kõrge fagotsütoosivõimega pärast operatsiooni võib viidata ähvardavatele komplikatsioonidele. Operatsioonijärgse perioodi teises faasis on organismi tervenemist ja resistentsust määravate süsteemide reaktiivsus vastupidine. Esiplaanil on selles faasis koe reaktsioon. Mikrofaagide ja endokriinse süsteemi aktiivsus on tagaplaanil. Viimaste aktiveerumine selles faasis vihjab ähvardavate komplikatsioonide tekkimisele, esmajoonel operatsioonihaava piirkonnas.

Käesoleva töö andmete analüüs lubab järeldada, et leukotsüütide fagotsütoosivõime määramine, eriti aga seoses valgeverre morfoloogilise uurimisega, on ühelt poolt haige seisundi objektiivseks näitajaks kirurgilise ravi perioodil ja teiselt poolt lubab hinnata operatsioonihaava paranemise kulgu. Seepärast peaks fagotsütoosivõime uurimine leidma kliinilises töös laialdasemat rakendamist.

Kokkuvõte

Kirurgilise ravi (operatsiooni) puhul allub haige organism psüühilistele ja füüsilistele mõjutustele, mille tõttu tekivad tunduvad nihked organismi mitmesugustes süsteemides. Organism reageerib operatsioonile aktiivselt, mobiliseerides oma kaitsejõude, millele seas omab tähtsat kohta leukotsüütide fagotsütoosivõime.

Fagotsütoosivõime ja perifeerse vere morfoloogilistest uurimistest nähtub, et leukotsüütide fagotsütoosivõime suureneb operatsioonieelsel perioodil emotsionaalse erutus seisundi baasil, vaatamata eelseisva operatsiooni suurusele.

Operatsioonijärgne periood jaguneb organismi fagotsütoosivõime ja perifeerse valgeverre muutuste seisukohalt kahte faasi, kusjuures faaside omavaheline vahetult sõltub operatsiooni suurusest ja kulu iseärasustest. Operatsioonile vahetult järgnevas esimeses faasis fagotsütoosivõime on tugevasti tõusnud, väljendudes nii üksikleukotsüüdi neelamisvõime kui ka fagotsütoosiprotsessist osavõtnud leukotsüütide arvu tõus. Samal ajal on neutrofiilne leukotsütoos vasakule nihkunud, mille tõttu eosinofiilide ja lümfotsüütide hulk väheneb. Operatsioonijärgse perioodi teises faasis väheneb fagotsütoosivõime, jäädes aga püsima kogu operatsioonihaava paranemise vältel normist veidi kõrgemal.

Fagotsütoosivõime dünaamika muutused kirurgilise ravi vältel on haige seisundi objektiivseks näitajaks, mis võimaldab varakult avastada ähvardavaid komplikatsioone. Seepärast peaks fagotsütoosivõime uurimine kliinilises töös leidma laialdasemat rakendamist.

1. Мечников И. И. — Академическое собрание сочинений. Госиздат мед. лит. Москва, т. V, 217—280, т. VII, 389—544, 1954.
2. Яновский Д. Н. — Картина крови и ее клиническое значение. Госмедиздат УССР, 139—146, 1957.
3. Höber, R., Kanai, T. — Klinische Wochenschrift, 2, 5, 209, 1923/1
4. Madsen, Th., Wulff, O. — Annales de L'Institut Pasteur, 7, 437, 1919
5. Fenn, W. O. — The Journal of General Physiology, 4, 331, 1922
6. Asher, L. — Klinische Wochenschrift, 3, 308, 1924
7. Furuya, K. — Biochemische Zeitschrift, 147, 410—424, 1924
8. Пучков Н. В. и Голодец Г. Г. — Физиологический журнал СССР им. Сеченова, т. XXXIV, 1, 1948.
9. Гордиенко А. Н. — Неврорефлекторный механизм выработки антител регуляции фагоцитоза. Медгиз, 30—44, 104—113, 1954.
10. Струдовская А. А. — Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова т. III, вып. 2, 238—246, 1953.
11. Монаенков А. М. — О зависимости иммунологической реактивности от типа высшей нервной деятельности. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 11, 107—109, 1954.
12. Атаханов Э. И. — Фагоцитарная активность лейкоцитов при заболеваниях кроветворной системы. Клиническая медицина, 11, 91—92, 1949.
13. Kestermann, E., Vogt, K. E. — Deutsche Archiv für klinische Medizin, 187, 1, 43—52, 1940
14. Гогочкина А. А. — Автореферат диссертации канд. мед. наук, Горьковский Гос. Мед. Инст., 1953.
15. Selye, H. — The story of the Adaptation syndrome. Montreal, 1952.
16. Appel, W. H., Hansen, K. J. — Deutsche Archiv für klin. Med., 199, 5-6, 530—537, 1952

О динамике лейкоцитарной реакции и фагоцитарной способности организма до и после операции

И. Сарв

Резюме

В период оперативного лечения больной подвержен ряду воздействий психического и физического характера, вызывающих значительные сдвиги в различных системах организма. Организм при этом активно реагирует мобилизацией своих защитных сил, в числе которых фагоцитарная способность лейкоцитов занимает важное место.

Исследования фагоцитарной способности и морфологии периферической крови (1308 исследований у 62 больных и 30 доноров) показывают, что в предоперационный период увеличивается фагоцитарная способность. Это обусловливается нейрогуморальными сдвигами, вызываемыми эмоциональным возбуждением, вне зависимости от тяжести предстоящей операции.

Послеоперационный период в отношении фагоцитарной способности и изменений реактивности организма имеет две фазы, причем взаимные соотношения изменений в обеих фазах зависят от тяжести и особенностей оперативного вмешательства.

Непосредственно после операции в первой фазе сдвиги реактивности организма характеризуются резким уменьшением или полным отсутствием эозинофильных лейкоцитов в крови, а также уменьшением числа лимфоцитов и моноцитов. Одновременно появляется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. Фагоцитарная способность в этой фазе значительно возрастает за счет повышения способности поглощения лейкоцитов и увеличения числа лейкоцитов, принимающих участие в процессе фагоцитоза. Во второй фазе послеоперационного периода сдвиги реактивности организма противоположны. Характерной особенностью этой фазы является увеличение числа эозинофильных лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов. Фагоцитарная способность в противоположность этому явлению падает, однако остается во время заживления операционной раны незначительно повышенной по отношению к норме.

Динамические сдвиги фагоцитарной способности в период хирургического лечения являются объективным показателем состояния больного, облегчающим раннее распознавание развития опасных осложнений, вследствие чего необходимо более широко применять в клинических работах исследование фагоцитарной способности лейкоцитов.

Adrenaliin- ja insuliinleukotsütoosist

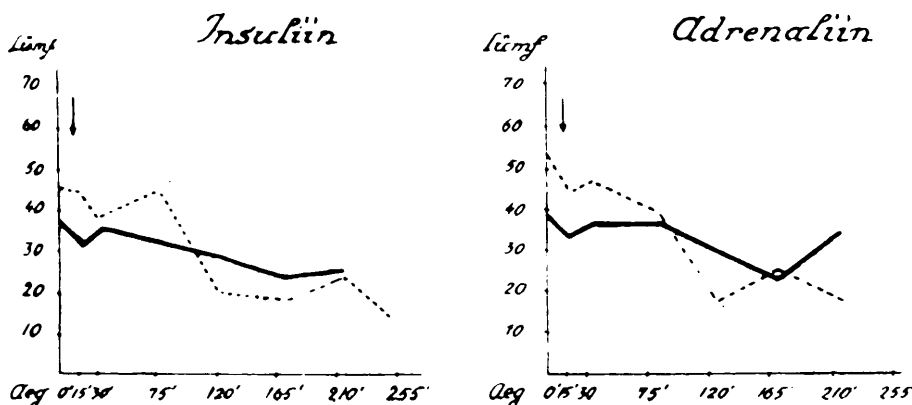
V. Saarma,

meditsiiniteaduste kandidaat

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Hospitaalteraapia kateedrist, juhataja k. t. meditsiiniteaduste kandidaat L. Päi)

Esimesed uurimused adrenaliin- ja insuliinleukotsütoosi alal on teostatud käesoleva sajandi algul. 1913. a. kirjeldab Falta (1) esimesena müelolilise vasemale nihkega adrenaliinleukotsütoosi ning mononukleaarset eosinofiilset leukopeeniat vagotroopsete ainete (pilokarpiini ja koliini) manustamisel. Toetudes Eppingeri ja Hessi (2) teorialle, käsitleti hüperleukotsütoosi koos neutrofiilide tõusuga ja nihkega vasemale kui sümπαatikotoonilist verepilti. Seevastu lümfotsütaarset ja eosinofiilset leukopeeniat vaadeldi vagotoonilise muutusena. Török (3) kinnitas 1925. a., et insuliinhüpopglükeemia puhul esineb «vagotoonilisi» muutusi verepildis. Valgevererakulise koosseisu peamise regulaatorina on käsitletud ja käsit-

— I katse
----- II katse



Joonis nr. 1. Juhtum 3

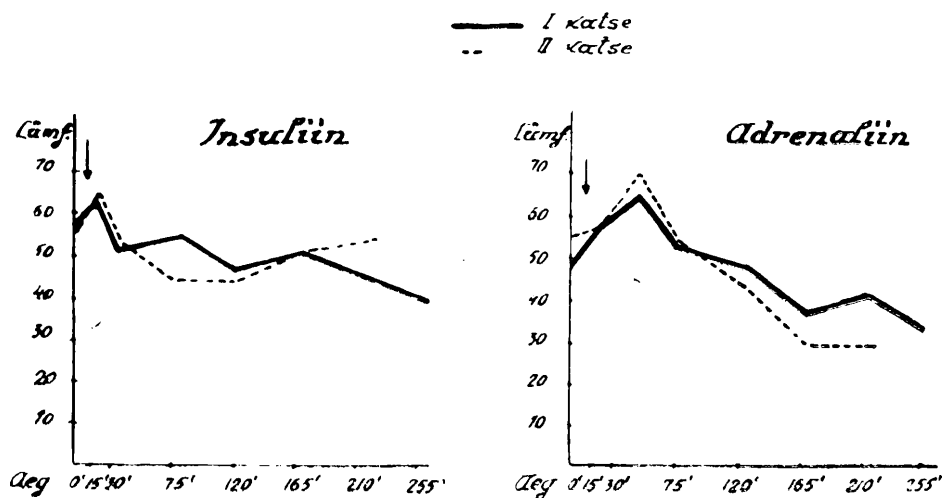
levad ka tänapäeval mitmed autorid vegetatiivset närvisüsteemi ja selle tsentrumeid *diencephalonis*. Juba 1875. a. avaldas S. P. Botkin (4) mõtte vereloomesüsteemi talitluse ja vere morfoloogilise koostise tsentraalsest regulatsioonist. Hiljem tõestas valgevereringe tingitud reflektorsete muutuste olemasolu I. P. Pavlovi koolkond oma töödega. Nendele seisukohtadele ei ole kaasaegsete hematoloogide poolt pööratud aga küllal-dast tähelepanu. Välismaises kirjanduses leidub esimesi vihjeid vere-süsteemi kortikaalse regulatsiooni kohta alles 1928. a. (5). Viimastel aastatel on valgevereringe tsentraalse regulatsiooni küsimusi selgitatud õige ulat-slikult (6, 7, 8, 9, 10 jt.). Tuginedes adaptatsiooniteooriale on rida auto-reid kinnitanud Selye (11) seisukohti hüpopüsaaradrenokortikaalsüsteemi osatähtsusest valgevereringe regulatsioonis. Esitatust nähtub, et kuni käes-oleva ajani tõlgendatakse valgevereringe regulatsiooni küsimust õige mitmeti.

Kliinilises praktikas kasutatakse vegetatiivse toonuse hindamiseks veel praegugi insuliini- ja adrenaliiniteste. Seetõttu on niihästi teoreetili-selt kui ka praktiliselt oluline selgitada, kuivõrd saab insuliinist ja adre-naliinist tekitatud valgevereringe muutusi käsitleda kui spetsiifilisi vagotoonia või sümπαatikotoonia väljendajaid. Mõnede täiendavate andmete saami-

seks püstitatud küsimuses korraldasime seeria vaatlusi praktiliselt tervetel isikutel. Vaatlusaluseid oli 22 isikut. Igaühel neist jälgiti leukotsütoosi ja verepildi dünaamikat insuliini (10 TÜ) ja adrenaliini (1,0 ml 0,1 % lahuse) manustamisel nahaalusi. Katsete intervall samal isikul oli vähemalt kaks ööpäeva. Kuuel isikul korraldati samu uuringuid pärast aastast vaheaega. Valgevereluurimised teostati enne ja 15, 30, 75, 120, 165, 210 ja osal ka 255 minutit pärast insuliini resp. adrenaliini manustamist. Vaatlused toimusid hommikuti, kui uuritavad ei olnud veel söönud.

Vaatluste põhilised tulemused olid järgmised.

Esimese 15—30 minuti kestel vallandas adrenaliin leukotsütoosi, mis oli 120—220 % lähteväärtusest. Mõnel juhul oli tõusul kaks kulminatsiooni. Tõusule järgnes leukotsütoosi alanev faas, ning lähteväärtus taastus enamasti kolmandal kuni neljandal tunnil.



Joonis 2. Juhtum 4.

Insuliin põhjustas esimesel tunnil, sageli juba esimese 15—30 minuti jooksul, leukopeenilise faasi, mis kolmandal või neljandal tunnil asendus leukotsüütide arvu tõusuga (121—202 % lähteväärtusest). Seega saime oma vaatlusalustel tüüpilised kirjandusest tuntud adrenaliin- ja insuliin-leukotsütoosi kõverad.

Erilist tähelepanu pöörasime aga just valgeverel rakuks koosseisu nihetele. Nii insuliin kui ka adrenaliin vallandas enamikul vaatlusalustest relatiivse lümfootsütoosi esimese 15—30 minuti vältel. Teisel või kolmandal tunnil järgnes sellele kõikidel juhtudel müeloiiliste elementide relatiivse arvu suurenemine koos lümfootsüütide relatiivse arvu langusega. Eosinofiilsete leukotsüütide dünaamika kulges teatud määrani paralleelselt lümfootsüütidekõveraga. Basofiilsete ja monotsüütide relatiivsete arvude muutused osutusid väga väikesteks ega omanud ilmseid seaduspärasusi.

Kuuel vaatlusalusel, kellel pärast aastast vaheaega korraldati samu uuringuid, kulgesid valgeverel muutused nii insuliini kui ka adrenaliini manustamisel samasuguse dünaamikaga kui esimeste katsete puhulgi. Joonistel 1 ja 2 on kujutatud lümfootsüütide relatiivsete arvude dünaamika kahel uuritava (juhud 3 ja 4) pärast insuliini kui ka adrenaliini manustamist. Pidev joon näitab esimese katse dünaamikat, katkeline joon aasta hiljem sooritatud korduskatse käiku.

Teostatud uuringutest selgub, et valgeverel üksikute vormelementide, eriti lümfootsüütide ja neutrofiilide ning eosinofiilide muutused ei kulge paralleelselt leukotsüütide üldise arvu nihetega. Need tähelepanekud on

kooskõlas V. N. Tšernigovski ja A. J. Jaroševski (6) uurimustega, mis kindlitavad erinevust leukotsüütide üldises arvus ja valgevererakulise koosseisu regulatsioonimehhanismides. Samal seisukohal asuvad I. Sibul (12), A. Tikk (13) ja paljud teised. V. N. Tšernigovski ja A. J. Jaroševski (6) andmeil mõjustavad humoraalsed faktorid vere mõningaid kvaliteetivseid omadusi, sealhulgas ka valgevererakulist koosseisu. Kirjanduse andmeil kulgeb AKTH toimel lümfotsüütide dünaamika väga sarnaselt eespoolkirjeldatud insuliin- ja adrenaliinlümfotsütoosi kõverale (11, 14). Analoogilisi valgevererakulisi muutusi on kirjeldatud veel intensiivse lihastetöö, nälja, valgu- ja süsivesikute- või rasvarikka toidu, tugevate emotsioonide, pneumoentsefalograafia toimel ning mitmesuguste ainete (novokaiin, hemolüüsitud veri, piim, glükoos) manustamisel.

Esitatust nähtub, et ülalkirjeldatud valgevererakuliste vormelementide muutusi ei saa vaadelda kui vastava ärritaja poolt tekitatud spetsiifilisi reaktsioone. Teatavasti kirjeldab H. Selye (11) organismi tabavate mitmesuguste ärrituste spetsiifilise toime kõrval ka nende ärritajate mittespetsiifilist stressortimet. Sellise stressreaktsiooni võivad vallandada väga mitmesugused ärritajad, põhjustades intaktse hüpofüüs-adrenokortikaalsüsteemi puhul AKTH sekretsiooni tõusu.

K. Kõrge (14) andmeil realiseerub stressreaktsioon neurohormonaalse refleksi kujul kesknärvisüsteemi kõrgemate osade kontrolli all üle hüpotalaamiliste tsentrumite ja hüpofüüs-adrenaalsüsteemi.

Kõrvutades kirjanduse andmeid meie uurimiste tulemustega, on põhjust oletada, et insuliini ja adrenaliini poolt vallandatud valgevererakulise koostise muutusi ei saa vaadelda kui lihtsalt vagotoonia *resp.* sümpatikotoonia väljendajaid, vaid kui palju komplitseeritumaid neurohumoraalse süsteemi funktsionaalseid näitajaid. Kui esineb valgevererakulise pildi muutusi seoses vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalse seisundiga, siis ei ole õigustatud nende vahekordade selline lihtsustatud käsitus, nagu seda seni on tehtud.

Adrenaliin- ja insuliintestide rakendamisel vegetatiivse toonuse hindamiseks tuleb kindlasti arvestada ka vastavate ärritajate mittespetsiifilist toimet ning ajukoore ja hüpofüüs-adrenaalsüsteemi funktsionaalset seisundit.

Järeldused

1. Valgevererakulise koostise muutuste dünaamika insuliini ja adrenaliini toimel on väga sarnane.

2. Eppinger, H. und Hess, L. Die Vagotonie. Berlin 1910. — 3. Török, G. sugused organismisse toimivad ärritused, siis ei saa insuliini ja adrenaliini poolt vallandatud valgevererakulise muutusi vaadelda kui vastavate ärritajate spetsiifilisi (sümpaatiko- ja vagotoonilisi) reaktsioone, vaid kui komplitseeritud neurohumoraalse süsteemi funktsionaalseid näitajaid.

KIRJANDUS. 1. Falta, W. Erkrankungen der Blutdrüsen. Berlin 1913. — 2. Eppinger, H. und Hess, L. Die Vagotonie. Berlin 1910. — 3. Török, G. Wiener klin. Wschr. 44, 1187—1188, 1925. — 4. Боткин С. П. tsit. Raudam, E. järgi. Teaduslikud tööd pühendatud TRÜ 150. aastapäevale, Tartu, 1952. — 5. Hoff, F. und Linhardt, S. — Zschr. f. d. ges. exp. Medizin 63, 247—256, 1928. — 6. Черниговский В. Н. и Ярошевский А. Я. Вопросы нервной регуляции системы крови. М., 1953. — 7. Николаев Н. М. Клини. мед. 32, 2, 31—38, 1954. — 8. Баяндуров Б. И. Трофическая функция головного мозга. М., 1949. — 9. Raudam, E. ja Möller, L. TRÜ Toimetised. Arstiteaduskonna töid, 36, 3—17, 1954. — 10. Kõrge, K. TRÜ Toimetised, 6, 1946. — 11. Selye, H. The Story of the Adaptation Syndrome. Montreal 1952. — 12. Sibul, I. TRÜ Toimetised. Arstiteaduskonna töid. 40, 42, 1956. — 13. Tikk, A. TRÜ Toimetised. Arstiteaduskonna üliõpilaste teaduslikud tööd. 1956. — 14. Кырге К. Проблемы эндокринологии, 4, 1956.

ОБ АДРЕНАЛИНОВОМ И ИНСУЛИНОВОМ ЛЕЙКОЦИТОЗЕ

В. Саарма

Резюме

Ввиду того, что адреналиновый и инсулиновый тесты находят применение в клинической практике в целях определения вегетативного тонуса, необходимо выяснить, в какой мере изменения состава крови можно трактовать в качестве специфических показателей «ваготонии» или «симпатикотонии». Исследования, произведенные у 22 здоровых лиц, выявили изменения в составе форменных элементов белой крови, вызванные применением адреналина и инсулина. После предварительного увеличения относительного числа лимфоцитов через 2—3 часа снизилось относительное количество клеток. Динамика эозинофильных лейкоцитов обнаруживает некоторый параллелизм с кривой лимфоцитов.

Согласно литературным данным, аналогичные изменения белой крови вызываются также разными раздражителями.

Из вышеприведенного следует, что изменения в составе форменных элементов белой крови, вызванных введением инсулина и адреналина, нельзя расценивать как специфический сдвиг, наступающий на соответствующие раздражители, а следует трактовать как неспецифическую «стресс» реакцию. При применении адреналинового и инсулинового тестов в практической медицине, в целях определения вегетативного тонуса необходимо учитывать функциональное состояние коры головного мозга и гипоталамико-адреналовой системы.

Meeste urogenitaaltrakti trihhomoniasid diagnostikast

E. Rõigas

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski)

Kui veel paari aastakümne eest pöörati meeste urogenitaaltrakti põletikkude korral peaaegu kogu tähelepanu gonorröa diagnoosimisele ja nn. mittegonorroilised ehk banaalsed uretriidid jäid tahaplaanile, siis käesoleval ajal, seoses gonorröa ravi muutumisega palju lihtsamaks ja efektiivsemaks, on mittegonorroiliste uretriitide erikalt tunduvalt tõusnud. Seejuures eraldatakse viimaste hulgast üha sagedamini trihhomonaalseid uretriite, samuti ka urogenitaaltrakti mitmesuguste teiste piirkondade trihhomonaalseid põletikke, nagu näiteks balaniite, prostatiite, kuuperiite ja epididümiite (1, 4 jt.). Selliste leidude tõttu on urogenitaaltrakti trihhomoniasid üldse ja meestel eriti viimasel ajal pööratud järjest suuremat tähelepanu. Kuivõrd tõsine ja aktuaalne on trihhomoniasid probleem kogu maailmas, nähtub juba sellest, et 1957. a. mais toimus Prantsusmaal Reims'is I ülemaailmne sümposium trihhomoniasid küsimuses, millest võttis osa 300 teadlast 26-lt maalt. Sümposiumil konstateeriti, et urogenitaaltrakti trihhomoniasid on väga laialdaselt levinud nii naistel kui ka meestel kogu maailmas. Sümposiumist osa võtnud teadlased märkisid üksmeelselt, et selle peamiseks põhjuseks on urogenitaaltrakti trihhomoniasid veneerilised, mida on juba korduvalt varemgi väidetud paljude kodumaiste (5, 6 jt.) ja ka välismaiste autorite (10 jt.) poolt.

Seepärast ei tohi tänapäeval meeste nn. mittespetsiifiliste uretriitide ja üldse urogenitaaltrakti mittegonorroiliste põletikkude korral unustada, et peale gonokoki võib samades piirkondades põletikke põhjustada väga tihti ka *Trichomonas vaginalis*. Hoolimata sellest ei peeta praktilistes ravi-asutustes meeste trihhomoniasid esinemise võimalust küllaldaselt silmas. Nii väidab Bordo (1) Odessa oblasti naha- ja suguhaiguste dispanseri kogemuste põhjal, et sageli ei pöörata vajalikku tähelepanu meeste trihho-

moniaasi diagnoosimisele, mille paremustamisel aga suureneb kohe ka meeste trihhomoniaasi avastatud juhtude arv. Arvukatest samalaadsetest tähelepanekutest järeldub, et niihästi haiguse avastamiseks kui ka efektiivse ravi ning ravijärgse kontrollimise huvides tuleb eelkõige meeste trihhomoniaasi diagnostika rajada õigetele alustele. Seejuures tuleb rakendada kõiki neid kogemusi, mis on saadud seni võitluses veneeriliste haiguste vastu. Ainult kõikide nende abinõude kompleksel kasutamisel, arvestades muidugi ka trihhomoniaasi mõningaid isärasusi, võib välja töötada ja praktiliselt rakendada efektiivset diagnoosimismetoodikat, mis kindlustaks algloomade võimalikult maksimaalse avastamise.

Urogenitaaltrakti trihhomoniaasi diagnostikas tuleb meie kogemuste põhjal eraldada kaks etappi: 1) uuritava materjali võtmine ja 2) selle laboratoorne uurimine. Mõlemad etapid on väga olulised, sest puudused nii ühes kui ka teises osas mõjustavad diagnoosi.

Uuritava materjali võtmine. Kirjandusest nähtub, et sageli ei pöörata uurimismaterjali võtmise meetodikale küllaldast tähelepanu, piirdudes enamikul juhtudest ainult ureetra eritise uurimisega. Selline meetodika on viimasel ajal mitme autori poolt tunnustatud puudulikuks, sest kusitist vabalt väljuvas eritises on trihhomoonaseid tavaliselt harva ja vähe (12). Seetõttu soovitatakse neil juhtudel, mil ureetrast vabalt väljuvas sekreedis algloomi ei leidu, uurida kas ureetra limaskestast kaabet (12), niite uriinis (14) või viimase tsentrifugaadis (3), ureetra lakuunide sisu (7), eesnäärme, seemnepõiekestest või Cowper'i näärmete sekreeti (2). Torkab silma, et kõigil neil juhtudel püütakse uurimismaterjali saada ainult ühest teatud piirkonnast, ühendamata neid diagnostilisi üksikvõimalusi efektiivsemaks kompleksseks meetodiks. Kõige täiuslikum uurimismaterjal oleks küll sperma, mis sisaldab urogenitaaltrakti kõikide piirkondade sekreeti ja põletikkude korral ka patoloogilisi osiseid, kuid kahjuks ei ole praktiliste raskuste tõttu võimalik sellist Perl'i jt. (13) poolt soovitatud meetodit laialdaselt kasutada. Seepärast tuleb diagnostiliselt keerukamatel juhtudel rakendada siiski teisi meetodeid.

Meeste urogenitaaltrakti trihhomoniaasi diagnoosimisel oleme oma töös lähtunud kaalutlustest, et praktilisel vastuvõtul kasutatavad meetodid oleksid võimalikult lihtsad ja nõuaksid vähem ajakulu. Samuti arvestasime seda, et mõnikord ei olegi meeste urogenitaaltrakti trihhomonaalsete põletikkude puhul trihhomoonaseid sisaldava materjali saamine keerukas, teinekord aga on algloomade avastamine äärmiselt raske. Seepärast töötasime välja materjali võtmiseks põhiliselt 2 meetodit. Esimene neist arvestab võimalust, et trihhomoonaseid leidub eesmisel kusitis, teine meetod on rakendatav aga neil juhtudel, kui algloomi esimesel, lihtsamal viisil ei õnnestunud leida ja trihhomonaalne põletik võib olla lokaliseerunud ka urogenitaaltrakti kaugemates osades.

Esimest meetodit kasutasime selleks, et saada uurimismaterjalina eesmise ureetra eksprimaatkaabet, mis sisaldaks eesmise kusiti pindmiste kihtide põletikulisi osiseid ja ühtlasi ka ureetra lakuunide ning näärmete sisu. Enne materjali uurimiseks võtmist eemaldasime pärast ureetra ühekordset kergelt masseerivat pigistamist tagant ette vabalt väljuva eritise steriilse vatitampooni abil. Järgnevalt teostas haige kogu väliselt palpeeritava kusiti ulatuses korduvalt ja tugevasti masseerivaid pigistamisi piki ureetrat, alates perineumi piirkonnast kuni välissuudmeni.

Seejärel võtsime materjali uurimiseks umbes 4—5 sentimeetri sügavuselt ureetrast limaskestast korduva kaapimise teel steriilse plaatinaaasaga. Kaapisime ettevaatlikult, vältides limaskestast veristamist, sest meie tähelepanekute põhjal võib veri pärssida trihhomoonaste liikumist.

Juhul, kui eesmise ureetra eksprimaatkaapest ei õnnestunud leida *Trichomonas vaginalis*'t, kasutasime teist meetodit, et saada üheaegselt niihästi ureetrast, selle näärmetest ja lakuunidest väljapigistatud eritist,

ureetra limaskestalt uriinijoaga väljauhetud epiteelkiude ning lima niite; samuti ka eesnäärrest, seemnepõiekestest ja Cowper'i näärmetest välja-masseeritavat sekreeti, seega praktiliselt totaalset eksprimaati. Selleks masseerisime peale eesmise ureetra rektaalselt veel ka eesnääret, seemnepõiekesi ja Cowper'i näärmeid. Pärast seda urineeris haige puhtasse klaasi esimese (umbes 20—30 ml) ja viimase (mõni tilk) uriiniportsjoni, mille tsentrifugaati uurisime laboratoorselt.

Selline meetod ei võimalda küll lähemalt määrata algloomade lokaliseerimise urogenitaaltraktis, kuid annab tõenäolise vastuse trihhomoni-aasi esinemise kohta üldse. Positiivse leiu korral jääb hiljem aga alati võimalus infektsioonikolde topograafiliseks täpsustamiseks.

Materjali võtmisel oli nii esimese kui ka teise meetodi puhul eeltingimuseks, et haige vähemalt 4—6 tunni jooksul enne materjali võtmist ei oleks urineerinud, sest uriinijoaga uhetakse välja kusiti seintele kogunenud patoloogiline eritis, samuti epiteelkiud ja lima niidid.

Teiseks eeltingimuseks oli see, et vähemalt 7—10 päeva jooksul enne uurimist ei oleks ureetrasse viidud ravi või gonorröa provotseerimise otsustarbel *Argentum nitricum*'i lahust ega ka teisi preparaate. Meie kogemuste kohaselt põhjustavad ureetrasse instilleeritud mitmesugused preparaadid sageli kliiniliste nähtude ajutist vähenemist, samuti on mitme päeva jooksul pärast instillatsiooni trihhomoonaseid väga raske või isegi võimatu leida.

Laboratoorne uurimine. Käesoleval ajal kasutatakse kirjanduse andmeil põhiliselt kolme laboratoorse uurimise meetodit: 1. natiivpreparaate, 2. värvitud äigepreparaate ja 3. külvimeetodit (kultuuraalset diagnostikat).

Üldnimetatud kolmest meetodist kõige levinum on esimene, natiivpreparaat, mis on tehniliselt kõige lihtsam. Natiivpreparaadis võib uurida niihästi ureetra eritist, ureetra kaabet, uriini sadet kui ka urogenitaaltrakti mitmesuguste elundite eksprimaati. Natiivpreparaatidel on värvitud äigepreparaatide suhtes see eelis, et algloomade visuaalset tabamist soodustab eelkõige trihhomoonaste aktiivne liikumine. Natiivpreparaadi puuduseks on aga asjaolu, et mõnikord on algloomade vähesuse tõttu neid raske leida, eriti veel siis, kui algloomade liikumine on väliste tingimuste (jahtumine ja kuivamine) mõjul aeglustunud või lakanud. Seepärast peab natiivpreparaati viivitamata mikroskopeerima. Hiljem võib *Trichomonas vaginalis* ebasoodsates tingimustes omandada ümara, liikumatu, viburiteta kuju, mille diferentseerimine leukotsüütidest ja muudest rakkudest on natiivpreparaatides ülimal määral raske või isegi võimatu. Vaatamata kirjeldatud puudustele võimaldab natiivpreparaat anda kiire vastuse ja on ambulatoorsel vastuvõtul oma lihtsuse tõttu esikohal.

Mõned autorid kasutavad ka riiptilga- või pimeväljameetodit. Nii üks kui teine põhineb aga samuti liikuvate algloomade leiul, mis pärast nende paremus natiivpreparaadi suhtes on küsitav, eriti kui arvestada nende meetodite tehnilisi erinõudeid.

Vajaduse tõttu uurida natiivpreparaati kohe pärast materjali võtmist, eelistavad mõned autorid värvitud äigepreparaate, kusjuures soovitatatakse mitmesuguseid värvimismeetodeid. Paremateks peetakse Gram'i (14), Unna-Pappenheim'i ja Giemsa (15) meetodeid. Mitmed neist on aga küllaltki aeganõudvad ja seega praktilises töös ebaratsionaalsed. Pealegi on ka värvitud äigepreparaatidel sama puudus, mis natiivpreparaatidelgi: algloomade vähesuse arvu korral on neid raske avastada.

Kui trihhomoonaseid natiiv- või värvitud preparaatide abil ei leita, tuleb kasutada külvimeetodit, mis paljude autorite andmeil on eelmistega võrreldes tunduvalt tõhusam, sest trihhomoonaseid leiti ka neil juhtudel, kui eelnev bakterioskoopiline uurimine oli negatiivne (8, 11). Seejuures soovitatakse *Trichomonas vaginalis*'e kultiveerimiseks mitmesuguseid spetsiaalseid söötmeid (9, 15), kuid ambulatoorses praktikas võib

edukalt kasutada ka suhteliselt odavat ja lihtsat Lynch'i söödet¹, mida soovitatakse rakendada ka naiste trihhomoniasse diagnoosimiseks (8).

Käesoleva töö autor on seni kasutanud Terasse (9) poolt väljatöötatud TV-1 söödet, kuhu lisasime pärast uurimismaterjali külvi muu mikrofloora kasvu vältimiseks 1500—2500 ühikut penitsilliini ja streptomütsiini 1 ml söötme kohta. Kultuurid paigutasime kohe pärast külvi termostaati (37° C), kontrollides algloomade kasvu kuni 12 päeva jooksul iga 24 tunni möödumisel.

Kasutades materjali võtmiseks ja laboratoorseks uurimiseks ülalkirjeldatud meetodeid, uurisime mittegonorroilist ureetriiti põdevat 51 meest, kes pöördusid Tallinna Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseerisse. Kõigil uuritavail leidsime urogenitaaltraktist *Trichomonas vaginalis*'eid.

Tabelis nr. 1 toome andmed trihhomoonaste leiu kohta vastavalt materjali võtmise ja laboratoorse uurimise meetodile.

Tabel nr. 1

Trichomonas vaginalis'e leiu sõltuvus erinevatest diagnoosimismeetoditest

Materjali võtmise meetod	Juhtude üldarv	<i>Trichomonas vaginalis</i> 'e leid natiivpreparaadis		Positiivne leid (TV-1 söötmes)
		positiivne	negatiivne	
Eksprimaatkaabe eesmisest ureetrast	51	37	14	51
Totaalne eksprimaat		40	11	

Tabelist nähtub, et bakterioskoopilisel uurimisel leidis liikuvaid, viburitega algloomi eesmise ureetra eksprimaatkaapes ainult 37 juhul 51-st (ca 72%), totaalses eksprimaadis aga 40 juhul (ca 78%). Seega osutus bakterioskoopiline leid lõplikult negatiivseks 11 juhul (ca 22%), sest neil juhtudel ei õnnestunud leida algloomi ka totaalsest eksprimaadist valmistatud natiiv-preparaatides. Bakterioloogiline uurimine (TV-1 söötmes) andis aga kõikidel juhtudel positiivse resultaadi.

Eeltoodust nähtub, et laboratoorsetest uurimismeetoditest on külvi-meetod kõige efektiivsem. Viimane andis õige vastuse ka siis, kui bakterioskoopiline diagnoos jäi selgusetuks. Nii täheldasime natiivpreparaatides bakterioskoopiliselt negatiivsest 11 juhust 5-l ümaraid, viburiteta, liikumatuid rakke, mida vaid teatud reservatsioonidega võis pidada *Trichomonas vaginalis*'e nn. ümarvormideks. Arvestades aga suuri raskusi viimaste identifitseerimisel, saab trihhomoniasse eksimatult diagnoosida ainult alglooma liikuvate, viburitega vormide põhjal. Seepärast jäi ka meil sellistel juhtudel diagnoos esialgu lahtiseks ja alles pärast uuritava materjali külvi TV-1 söötmesse võisime trihhomoonaste kasvu põhjal diagnoosida trihhomoniasse.

Vaadeldes ühtse tervikuna meeste urogenitaaltrakti trihhomoniasse diagnostika kaht etappi, s. o. esiteks materjali võtmist ja selle laboratoorset uurimist, tulime järeldusele, et kõige paremaid diagnostilisi resultate võib saada totaalse eksprimaadi uurimisel külvimeetodi abil. Negatiivse leiu korral ei tohi mingil juhul piirduda ainult ühekordse uurimisega.

¹ K. M. Lynch'i söötme ingredientideks on 0,5-protsendiline NaCl lahus ja +56° C juures 30 minuti jooksul inaktiveeritud inimese vere steriilne seerum. Ühte katseklaasi võetakse 10 ml NaCl lahust ja 1 ml seerumit. Igale ml söötmele lisatakse 500—2500 ühikut füsioloogilises soolalahuses lahustatud penitsilliini ja streptomütsiini. Uuritavat materjali külvatakse 1—2 tilka. Kultuur inkubeeritakse 37° C juures. Algloomade olemasolu natiivpreparaadis kontrollitakse kuni 12 päeva jooksul iga 24 tunni järel.

Korduvalt peab totaalset eksprimaati külvimeetodi abil uurima eriti siis, kui urogenitaaltrakti trihhomonias on seksuaalpartneril juba diagnoositud.

Praktilistes raviastutustes on aga meeste urogenitaaltrakti trihhomoniasia diagnostika enamasti puudulik, mille tõttu seda haigust avastamegi suhteliselt harva, sest palju juhtumeid jääb meestel üldse diagnoosimata. Mida see tähendab epidemioloogilisest seisukohast, peaks olema selge, sest paljude autorite tööd kõnelevad veenvalt urogenitaaltrakti trihhomoniasia veneerilisusest. Urogenitaaltrakti trihhomoniasia veneerilisuse küsimuse selgitamiseks on alustatud Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi initsiatiivil ettevalmistusi trihhomoniasiahaigete katselise dispanseerimise läbiviimiseks.

Katseline dispanseerimine peab selgitama trihhomoniasiahaigete — nii meeste kui ka naiste — täpse arvestuse alusel selle haigusega seotud epidemioloogilisi küsimusi, eelkõige sugulise leviku osatähtsust. Täpse arvestuse eelduseks on aga kaasaegsete teadmiste kõrgeimal tasemel rakendatud kvaliteetne diagnostika. Viimane on üheks põhiliseks lüliks vastavas epidemioloogilises uurimises ja peab selgitama nakkusahela, s. o. peab kindlustama võimalikult maksimaalse algloomade leiu niihästi esmakordselt arsti poole pöördunuil kui ka kontaktsetel ja arvatavatel nakkusallikatel. Kõik muu — profülaktika, ravi ja ravijärgne kontrollimine — saab olla tõhus ainult kvaliteetse diagnoosimise puhul.

Kirjandus

1. Бордо Р. Ф. — Трихомонадные уретриты у мужчин. Вестн. вен и дермат. 3, 54—56, 1951
2. Исмаил-Заде И. М. — Трихомонадные урогенитальные заболевания мужчин. Врачебное дело, 10, 905—908, 1948
3. Матвеев В. Н. — О трихомонадных уретритах у мужчин. Вестн. вен. и дермат. 11, 42—45, 1938
4. Печерский Б. Ф. — Об эпидидимитах в течении трихомонадных уретритов. Вестн. вен. и дермат., 6, 38—41, 1954
5. Порудоминский, И. М. — О неспецифических уретритах, эпидидимитах и простатитах. Урология, 4, 20—27, 1955
6. Ротенберг М. И. — Негонорройные уретриты у мужчин (методическое письмо). Барнаул, 1953
7. Теохаров Б. А. — О трихомониазе мочеполовых органов мужчин. Вестн. вен. и дермат., 5, 49—52, 1956
8. Тeras Ю. Х. — Об улучшении диагностики трихомонадных кольпитов. Акушерство и Гинекология, 4, 71—73, 1955
9. Teras, J. — Mõningate ravimite toimest *Trichomonas vaginalis*'ele in vitro ja vivo. Tallinn, 1956. Käsikiri.
10. Chappaz, G. — Note sur la trichomoniasis genitale humaine. Sa fréquence chez l'homme et la femme, et le mode de sa contamination placeraient actuellement cette infection au premier rang des maladies vénériennes. Bull. Acad. nat. méd., 1—2, 45—48, 1955
11. Feinberg, J. G. and M. Joan Whittington — A culture medium for *Trichomonas vaginalis* Donné and species of *Candida*. J. Clin. Path., 10, 4, 327—329, 1957
12. Lanceley, F. — *Trichomonas vaginalis* infections in the male. British Journal of Venereal Diseases, XXIX, 4, 213—217, 1953
13. Perl Gisella, Guttmacher Alan F., Raggazoni Halina — Male and female trichomoniasis. Diagnosis and oral treatment. Obstetr. and Gynecol., 7, 2, 128—136, 1956. Ref.: ПЖ Бюл., 8, 280, 1957
14. Rodecurt, M. — Die tägliche gynäkologische Sprechstunde. Leipzig, 1942
15. Trussell, R. E. — *Trichomonas vaginalis* and Trichomoniasis. Springfield, Illinois, 1947

О ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОМОНИАЗА МУЖСКОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Э. Рыйгас

Резюме

В диагностике трихомониаза мочеполового тракта у мужчин нужно различать два этапа: первый — взятие материала, второй — лабораторное исследование его. Взятие материала производится в основном двумя методами. Первый метод применяется для получения экспримат-соскоба, позволяющий исследовать воспалительные выделения переднего отдела уретры и содержимое ее лакун и желез. Если в полученном материале не удастся обнаружить трихомонад, то применяется второй метод, позволяющий одновременно получать как выжатые из уретры и ее желез и лакун выделения и смытые струей мочи с поверхности слизистой уретры эпителиальные и слизистые нити, так и вымассированный секрет предстательной и куперовских желез и семенных пузырьков, т. е. практически тотальный экспримат. Материал исследуется в нативном препарате, а при не обнаружении трихомонад делается посев на среду.

При помощи приведенных методов исследования был диагностирован трихомониаз уrogenитального тракта у 51 мужчины, обратившегося в Таллинский республиканский кожновенерологический диспансер. В нативном препарате экспримата из переднего отдела уретры трихомонады были обнаружены только в 37 случаях (около 72%), а в нативном препарате тотального экспримата — в 40 случаях (около 78%). В 11 случаях (около 22%) трихомонады, не обнаруженные бактериоскопически, дали рост на питательной среде.

Наиболее эффективным методом диагностики трихомониаза уrogenитального тракта является исследование посева тотального экспримата. В случае отрицательного результата не рекомендуется ограничиваться однократным исследованием, особенно при диагностированном заболевании сексуального партнера.

Urogenitaaltrakti trihhomoniasis epidemioloogist

J. Teras,

meditsiiniteaduste kandidaat

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat
P. B o g o v s k i)

Viimastel aastatel pööratakse urogenitaaltrakti mitmesuguste põletikkude puhul kogu maailmas üha suuremat tähelepanu trihhomoniasile, sest rohkete eksperimentaalsete töödega on nüüd veenvalt tõestatud *Trichomonas vaginalis*'e patogeensus ja selle algloomade osatähtsus naiste urogenitaaltrakti põletikkude geneesis (4, 8, 14, 21 jt.). Need tööd lõpetasid aastakümneid kestnud, peamiselt ainult kliinilistele tähelepanekutele põhinenud vaidlused *Trichomonas vaginalis*'e patogeensus üle. Huvi urogenitaaltrakti trihhomoniasis vastu on tänapäeval suurenenud aga ka veel seetõttu, et sulfaniilamiidide ja antibiootikumide kasutusele võtmisega on pidevalt vähenenud gonorröilise etioloogiaga põletikkude arv. Trihhomoniasis on aga jäänud endiselt praktilistele arstidele igapäevases töös suuri raskusi valmistavaks probleemiks, sest tänapäevani ei ole leitud veel efektiivseid vahendeid selle infektsiooni vältimiseks ja ravimiseks. Suurel määral on see tingitud vähestest andmetest trihhomoniasis patogeneesi ja epidemioloogia kohta. Edukaks võitluseks iga nakkushaiguse, sealhulgas loomulikult ka trihhomoniasis vastu, on vaja kõigepealt tunda nakkuse levimisviisi.

Aastakümneid oli üheks levinumaks arvamuseks, et naised nakatuvad urogenitaaltrakti trihhomoniasis suguelundite pesemisel keetmata veega, ujumisel seisvates veekogudes või basseinides, ühiste käterätikute kasutamisel, samuti pesukäsnade, voodipesu, klosetilaudade jne. kaudu.

Eriti veendunud olid sellistes infitseerumisvõimalustes günekoloogid (2, 5, 9 jt.), toetudes enamasti patsientidelt saadud anamnestilistele andmetele. Samal ajal leidis kirjanduses väga palju veenvaid andmeid selle kohta, et infitseerumine vee kaudu ei ole võimalik, sest trihhomoonased kaotavad vees väga kiiresti eluvõime. Korduvalt on uurinud vee kaudu infitseerumise võimalust Jirovec, Breindl, Kučera ning Šebek (16), kes tulid rohkearvuliste uurimiste põhjal järeldusele, et trihhomoniaas ei saa vee kaudu levida. Samuti märgib Wu-Ying (26), et trihhomoniaasi levimine vee kaudu on väga vähe tõenäoline, esiteks selle tõttu, et ühelgi juhul ei leidnud ta Elbe jõe vees trihhomoonaseid ja teiseks sellepärast, et infitseerides jõe vett *Trichomonas vaginalis*'e kultuuridega ei püsinud algloomad seal eluvõimelistena üle 3—6 tunni. Samuti ei leidnud Weiler (24) erinevates linnades trihhomoonaseid basseinate ja vannivees. Sellest teeb autor järelduse, et trihhomoniaas ei saa levida vee kaudu. Ainult erandjuhtumitel peab ta võimalikuks algloomade ülekandmist perekonnannide kaudu, kui mitu perekonnaliiget kasutavad sama vett ja ühiseid pesemisvahendeid. Et nakkus teatud juhtudel võib edasi kanduda infitseeritud esemete kaudu, märgivad Jirovec ning Peter (17), kes uurisid trihhomoonastega saastunud pesemisnuustikuid, käterätikuid ja saunalinasid. Samuti võib nende autorite uurimiste tulemuse põhjal nakkus levida ka klosetilaudade kaudu, kus trihhomoonased võivad püsima jääda eluvõimelistena isegi kuni ühe ööpäeva jooksul. Jakovleva (10) andmeil võib infektsioon levida ka puust saunapinkide kaudu. Nii leidis ta saunapinkide alla kogunenud saastakihi sageli eluvõimelisi trihhomoonaseid, mis olid sinna sattunud trihhomoniaasi põdevatelt naistelt.

Teiseks praktiliste arstide hulgas levinud arvamuseks urogenitaaltrakti infitseerimise tee kohta trihhomoonastega on nakkuse sattumise võimalus vaginasse pärasoolest (6, 9, 15 jt.). Peamiseks motiiviks sellise hüpoteesi püstitamisel on olnud see, et trihhomoonaseid leidub ka seedetraktis, mistõttu olevat tõenäoline, et infektsioon võib sattuda ebahügieenilise tualeti puhul ka vaginasse. Ravijärgsed retsidiivid tekkivat just seetõttu, et seedetrakti püsima jäänud trihhomoonased võivad sattuda uuesti vaginasse. Seejuures on autorid, kes peavad sellist infitseerimisviisi võimalikuks, seisukohal, et *Trichomonas vaginalis* ja sooles esinev *Trichomonas intestinalis* on identsed. Mitmed neist autoritest (5, 9 jt.) on veendunud, et seedetrakti satuvad trihhomoonased toiduainete ja vee kaudu.

Küsimus *Trichomonas vaginalis*'e, *Trichomonas intestinalis*'e ja ka *Trichomonas elongata* identsusest on aastakümneid olnud paljude teadlaste huviobjektiks. Käesoleval ajal on rohkearvuliste eksperimentaalsete tööde põhjal täielik alus pidada neid erinevateks liikideks. Üheks olulisemaks aluseks on seejuures tunduvad erinevused nende morfoloogias ja bioloogias (5, 19, 25 jt.). Küllaltki veenvad on ka Westphal'i (25) katsed, kes infitseeris ennast peroraalselt *Trichomonas vaginalis*'e kultuuridega, kuid sellele seedetrakti haigestumist ei järgnenud, mis tekkis aga kohe peale *Trichomonas intestinalis*'e kultuuride söömist.

Stabler'i, Feo' ning Rakoff'i (22) katsed näitasid, et *Trichomonas intestinalis* ja *Trichomonas elongata* ei püsinud vaginas üle 30 minuti, kusjuures trihhomoniaas ei tekkinud ka korduval *Trichomonas intestinalis*'e vaginasse inokuleerimisel. Et karakterseid põletikunähte tekitas ainult *Trichomonas vaginalis*'e kultuur, on autorid veendunud, et *Trichomonas vaginalis* ei ole identne ei *Trichomonas intestinalis*'ega ega ka *Trichomonas elongata*'ga.

Üheks oluliseks argumentiks, mis räägib urogenitaaltrakti infitseerumise võimaluse vastu seedetrakti kaudu, on see, et urogenitaaltrakti trihhomoniaasi puhul leidub ainult üksikutel haigetel trihhomoonaseid ka seedetraktis. Nii leidis Jakovleva (11) urogenitaaltrakti trihhomoniaasi

põdevail naistel sooles *Trichomonas intestinalis*'t ainult 2,1% juhtudest. Samuti märgivad Jirovec, Breindl, Kučera ning Šebek (16), et urogenitaaltrakti trihhomoniasse puhul leidub trihhomoonaseid seedetraktis harva. Identsuse vastu räägib ka veel see, et urogenitaaltrakti trihhomoniasse korral puuduvad enamasti kaebused seedetrakti häirete üle, mis peaksid olema esiplaanil arvestades *Trichomonas intestinalis*'e patogeensust (1, 25 jt.).

Mõned autorid (3, 5 jt.) arvavad, et trihhomoniasse võib levida ka loomade kaudu, pidades võimalikuks nii inimeste infitseerimist loomade poolt kui ka vastupidi. Kirjanduses leidub selle arvamuse kummutamiseks väga palju andmeid. Nii ei ole see võimalik juba seetõttu, et inimestel esinev *Trichomonas vaginalis* erineb nii morfoloogiliste kui ka bioloogiliste omaduste poolest suurel määral loomade *Trichomonas fetus*'est (16, 23 jt.) Selle vastu räägib veel ka asjaolu, et inimeste trihhomoniasse on levinud kogu maailmas, sarvloomade trihhomoniasse esineb aga ainult väga piiratud (18).

Kui veel paari aastakümne eest käsitati urogenitaaltrakti trihhomoniasse peamiselt ainult naistel esineva infektsioonina, kusjuures meeste trihhomoniassele pöörati väga vähe tähelepanu, siis on seda viimastel aastatel üha sagedamini leitud ka meeste urogenitaaltraktis (18), mis pärast urogenitaaltrakti trihhomoniasse epidemioloogia on käesoleval ajal omandanud hoopis uue sisu. Vaatamata sellele, et erinevate autorite andmete järgi on veel suured lahkuminekul trihhomoniasse esinemise sageduses meeste nn. mittespetsiifiliste uretriitide puhul, leiab üha rohkem kinnitust arvamus, et urogenitaaltrakti trihhomoniasse levib peamiselt sugulisel teel. Seejuures on huvitav märkida, et pärast selle hüpoteesi tekkimist on paljud teadlased *Trichomonas vaginalis*'t üha sagedamini hakanud leidma meeste urogenitaaltraktis. Säärane fakt on muidugi tingitud hoolikamast diagnoosimisest. Kirjanduse andmeil on leitud trihhomoonaseid isegi kuni 68% mittespetsiifilise uretriidi juhtudest (13). Uurides trihhomoniasse põdevate naiste seksuaalpartnereid leidis Bedoya (12) neil trihhomoonaseid koguni 76% juhtudest. Seejuures oletab autor, et tegelikult on infitseeritud kõik trihhomoniasse põdevate naiste mehed ja ainult diagnostika puudulikkus ei võimaldanud tal trihhomoonaseid leida kõikidel uuritud meestel.

Paljud autorid on veendunud, et ka neil juhtudel, kus mehel ei esinegi kaebusi ja samuti puuduvad kliinilised nähud, etendavad nad trihhomoonaste kandjatena nakkuse levitamisel suurt osa (6, 7, 12, 18, 20 jt.).

Arvestades paljusid uurimusi sel alal tulid 1957. aastal Reims'is toimunud I ülemaailmsest trihhomoniassealasest sümposiumist osavõtnud 26 maa teadlased üksmeelsele otsusele, et trihhomoniasse on sugulisel teel leviv sotsiaalse tähtsusega nakkushaigus (18).

See uus kontseptsioon trihhomoniasse epidemioloogias aitab seletada ka sagedasi ravijärgseid retsidiive ja kasutatavate ravimeetodite suhteliselt vähest efektiivsust, sest kuni käesoleva ajani ravitakse enamikul juhtudest kas ainult meest või ainult naist.

Vaatamata sellele, et urogenitaaltrakti trihhomoniasse ei kuulu veel ametlikult suguhaiguste nomenklatuuri, tuleb selle nakkuse tõrjeks rakendada kõiki teiste suguhaiguste puhul kasutatavaid profülaktilisi menetlusi. On muidugi täiesti arusaadav, et naised võivad teatud juhtudel nakatuda trihhomoniasse, samuti nagu gonorröassegi, ka mittesugulisel teel, nagu näiteks värskest infitseeritud esemete kaudu (rätikud, pesukäsnad jne.), kuid arvestades *Trichomonas vaginalis*'e suhteliselt vähest resistentsust väliste faktorite (temperatuur, kuivamine jne.) suhtes, võib sellist nakatumise viisi pidada võimalikuks ainult erandjuhtumitel. Paljud autorid on veendunud, et mittesugulist nakatumist trihhomoniasse võib oletada ainult virgodel, kuid isegi neil, nagu märgib Bedoya (12),

tuleb suguküpsuse saabumisel arvestada juba sugulise nakatumise võimalust mittetäieliku sugulise kontakti puhul.

Arvestades ülaltoodut tuleb urogenitaaltrakti trihhomoniasisi seni kehtiv ravisüsteem kardinaalselt muuta. Praktika näitab, et ainult ühe sugupoole ravimisega ei ole võimalik seda nakkust likvideerida. Ravida tuleb korraga nii naist kui ka meest. Välja tuleb selgitada, uurida, ravida ja arvele võtta ka teised võimalikud kontaktid. Urogenitaaltrakti trihhomoniasisi haigete dispanseerimise meetoditele rajatud uurimine võimaldaks saada väga väärtuslikke andmeid selle nakkushaiguse veneerilisuse kohta. Praegu teebki Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ettevalmistusi urogenitaaltrakti trihhomoniasisi haigete proovidispanseerimiseks.

KIRJANDUS 1. Авакян А. А., Зоологический журнал, 3, 215, 1946. — 2. Каплан А. А., Фельдшер и акушерка, 9, 55—57, 1952. — 3. Лопушинская В. М., Волкова А. И., Стояновский П. М., Самышкина З. М. Трихомониаз крупного рогатого скота и связь его с заболеваемостью человека, Тезисы докладов годичной научной конференции Томского мед. ин-та, 99—100, Томск, 1955. — 4. Пароникян Г. М. Экспериментальное обоснование химиотерапии трихомонадной инфекции (*Trichomonas vaginalis*), Автореферат, Ереван, 1954 — 5. Пойзнер Б. С., Кулакова А. А. Акушерство и гинекология, 6, 47—50, 1952. — 6. Робачевский Г. Р. Акушерство и гинекология, 6, 43—47, 1952. — 7. Рожинский Л. М. Врачебное дело, 3, 241—245, 1948. — 8. Teras, J. Eksperimentaalne uurimus *Trichomonas vaginalis*'e patogeensusest. Dissertatsioon, Tartu, 1954. — 9. Толстов, П. В. Акушерство и гинекология, 5, 61, 1950. — 10. Яковлева, С. М. Акушерство и гинекология, 5, 61, 1950. — 11. Яковлева, С. М. Акушерство и гинекология, 6, 50—53, 1952. — 12. Bedoya, J. M. Estado actual de nuestras investigaciones sobre el mecanismo de adquisicion de la trichomoniasis y sobre las causas de las recidas. Acta ginecol., 12, 583—590, 1956. — 13. Coutts, W. E., Vargas-Salazar, R., Silva-Inzunza, E., Olmedo, R., Turteltaub, R., Saavedra, J. Brit. Med. Journal, Oct. 8, 885—889, 1955., Ref. Abstr. of World Medic., 5, 356, 1956. — 14. Feo, L. G. Amer. Journ. Trop. Med., Vol. 5, 24, 195—198, 1944. — 15. Grollet, L., Montaugé, J. Rev. pathol. gén. et compar. 667, 639—646, 1955. — 16. Jirovec, O., Breindl, V., Kučera, K., Šebek, V. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektions-krankheiten, Bd. 148, 338—358, 1942. — 17. Jirovec, O., Peter, R. Schweizerische Zeitschrift für allgemeine Pathologie und Bakteriologie, Vol. XI, 146—166, 1948. — 18. Les Infestations à *Trichomonas*, Premier Symposium Européen, Reims 28—30 Mai 1957, Masson et Cie, Paris, 1957. — 19. McEntegart, M. G. Journ. Hyg. 52, 4, 545—550, 1954. — 20. Rodecurt, M. Dermatol. Zeitschrift, Bd. 74, 254—264, 1936. — 21. Rodecurt, M. Zentralblatt für Gynäkologie, 1056—1062, 1952. — 22. Stabler, R. M., Feo, L. G., Rakoff, A. E. Amer. Journ. Hyg. vol. 34, 114—118, 1941. — 23. Uhlenhaut, F. A. Münch. tierärztl. Wochenschrift, 385—394, 1937. — 24. Weiler, P. Zentralblatt Hyg. und Infektions-krankheiten, Bd. 121, 27—35, 1938. — 25. Westphal, A. Zentralblatt für Bakteriologie-Parasitenkunde und Infektions-krankheiten, Bd. 137, 363—376, 1936. — 26. Ying, Wu Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektions-krankheiten, Bd. 141, 411—423, 1938.

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТРИХОМОНИАЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Ю. Тeras

Резюме

На протяжении многих лет среди врачей не было единого мнения о причинах заражения у женщин трихомониазом мочеполового тракта.

Одни придерживались того мнения, что женщины заражаются трихомониазом вследствие того, что для промывания наружных половых органов употребляют некипяченую воду, а также в случаях, когда купаются в водоемах со стоячей водой или пользуются общими мочалками, постельным бельем, стульчаком в уборных. Другие полагали, что такое заражение может возникнуть как инфекция в вагину из прямой кишки. Высказывалось также мнение и о том, что передача инфекции людям может произойти от домашних животных и наоборот.

Проведенные экспериментальные работы в этой области доказали несостоятельность высказанных соображений по поводу причин заражения трихомониазом женского мочеполового тракта.

Если около двадцати лет назад считали, что трихомониаз урогенитального тракта инфекция, которая наблюдается только у женщин, а на трихомониаз у мужчин почти не обращали внимания, то за последние годы все чаще находят эту инфекцию в урогенитальном тракте мужчин. Многие авторы убеждены, что в тех случаях, когда у мужчин не имеется жалоб и отсутствуют клинические признаки, они все же могут быть причиной распространения инфекции как носители трихомонад. Ввиду этого в настоящее время эпидемиология трихомониаза урогенитального тракта приобрела совсем новое содержание.

Учитывая многие работы в этом направлении, ученые 26 стран, участвовавшие в первом симпозиуме о трихомониазе 1957 года в Реймсе, пришли к единогласному заключению, что трихомониаз является инфекцией, передаваемой половым путем, и имеет социальное значение.

Принимая это во внимание, необходимо кардинально изменить установленную в настоящее время систему лечения трихомониаза. Практика показывает, что лечением только одного из сексуальных партнеров нельзя ликвидировать инфекцию. Совершенно иллюзорно надеяться на эффективность лечения, не ликвидируя при этом источников заражения и не прерывая так называемую эпидемиологическую цепочку. Это диктует необходимость одновременно лечить и женщину и мужчину, а также выявить, обследовать, лечить и принимать на учет другие возможные контакты.

MÕNEDEST VIGADEST MUNASARJADE EPITELIAALSETE TSÜS- TOOMIDE DIAGNOOSIMISEL JA RAVIMISEL

R. Bernakoff,

professor, meditsiiniteaduste doktor

(Tartu Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, juhataja E. Haldre)

Võrreldes teiste elunditega omab munasari mitmesuguste kasvajate arenemise võimalikkuse suhtes esikohta. Kui teistes elundites on kasvaja arenemise allikateks peamiselt parenhüüm ja strooma, siis leiame munasarjades vähemalt kuus komponenti, millest kasvajad võivad võrsuda. Peale selle tuleb veel silmas pidada munasarjades ja nende vahetus ümbruses leiduvaid embrüonaalsest arenemisjärgust pärinevaid elemente, mis võivad samuti olla kasvajate arenemiskolleteks.

Ovaariumi epiteliaalsed kasvajad jaotatakse üldiselt kahte rühma: 1. pseudomutsinoossed ehk näärmelised tsüstoomid ja 2. seroossed ehk tsilioepiteliaalsed tsüstoomid.

Esimesse gruppi kuuluvaid tsüstoomide nimetatakse ka *cystadenoma proliferum glandulare* (Pfannenstiel), *blastoma epitheliale pseudomucinosum* (R. Meyer). Seroosseid tsüstoomide nimetatakse veel *cystoma proliferum papillare* (Pfannenstiel), *blastoma cilio-epitheliale* (R. Meyer), *cystadenoma cilio-epitheliale serosum* (R. Schröder).

Munasarjade epiteliaalsete tsüstoomide etioloogia ja patogenees ei ole meil veel täiesti teada. Samuti on andmed nende kasvajate esinemise sageduse kohta võrdlemisi erinevad. Nii näiteks moodustavad Vene NFSV Tervishoiu Ministeeriumi Sünnitusabi ja Ginekoloogia Instituudi andmetel pseudomutsinoossed munasarjade tsüstoomid kõikidest munasarjade kasvajatest 25,4 protsenti, Meditsiiniteaduste Akadeemia Onkoloogia Instituudi andmetel aga ainult 8,8 protsenti jne. (vt. tabel 1).

Säärane statistiliste andmete erinevus näib olevat esijoonest tingitud sellest, et tsüstoomide ei ole praktikas igakord kerge jaotada pseudomutsinoosseteks ja seroosseteks, sest segavormide tõttu on sageli raskusi ühe või teise kasvaja liigi diferentseerimisel. Pealegi sõltub see ka histoloogiliste uurimiste erinevast tõlgitsemisest.

Andmed munasarjade epiteliaalsete tsüstoomide esinemise kohta

Asutus	% kõikidest munasarja- kasvajatest		% healoomulistest muna- sarjakasvajatest	
	Pseudomutsi- noossed tsüs- toomid	Seroossed tsüstoomid	Pseudomutsi- noossed tsüs- toomid	Seroossed tsüstoomid
VNFSV Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituut	25,4 %	36,6 %	36 %	47 %
Meditšiiniteaduse Akadeemia Onko- loogia Instituut	8,8 %	31,8 %	14,6 %	52,3 %

Pseudomutsinoossete tsüstoomide sisepind on kaetud ühekihilise epiteeliga, mis väga sarnaneb emakakaela epiteelile. Viimast iseloomustavad kõrged silindrilised rakud, kusjuures osal nendest puuduvad ripsmed. Emakakaela näärmed eritavad klaasjat, venivat, leelise reaktsiooniga paksu lima. Tsüstoomide pseudomutsiin on samasuguste omadustega. Pseudomutsinoossete tsüstoomide mõõtmed võivad olla erakordselt suured. Kirjanduses leidub andmeid 132 kg raskuse kasvaja kohta. Tänu kvalifitseeritud erialase abi kättesaadavusele Nõukogude Liidus ja õigeaegsele ravile ei registreerita meil enam sellelaadilisi hiidkasvajaid. Pseudomutsinoossed tsüstoomid esinevad enamasti ühel poolel. Sageli on nad mitme kambriga.

Seroossed tsüstoomid on sageli (üle 50 %) kahepoolsed. Nende sisepinda kattev epiteel meenutab emaka keha ja munajuhade epiteeli. See epiteel on ühekihiline, moodustub tunduvalt madalamatest ja tsentrumis asuvate tuumadega ning viburitega varustatud rakkudest. Nagu emakakeha rakud nii eritavad ka seroossete tsüstoomide siseseina epiteeli rakud vedelat seroosset sekreeti. Seroossete tsüstoomide lahtilõikamisel võime sageli täheldada siseseina epiteeli papille ehk näsajaid võrseid (vohandeid). Mõnikord meenutavad nende kogumid lillkapsast. Need papillid võivad tungida ka läbi kasvaja seina, mis põhjustab kasvaja dissemineerumist kõhuõõne teistele organitele.

Munasarjade epiteliaalsete tsüstoomide peamine oht seisneb selles, et nad võivad teatud arengujärgus muutuda pahaloomulisteks. Umbes kaks kuni seitse protsenti pseudomutsinoossetest tsüstoomidest maligniseeruvad. Seroossed kasvaja aga muutuvad tunduvalt sagedamini pahaloomulisteks (20—25 protsendil).

Munasarja tsüstoomide kasvaja käsitlemisel ei saa mööduda astsiidiga seotud küsimustest. Kasvaja kesta intaktsuse puhul esineb astsiit harva, papillaarse läbikasvamise või kasvaja maligniseerumise puhul aga sageli.

Astsiit võib sageli tekitada raskusi ja vigu diagnoosimisel. Need haiged satuvad tihti terapeutide või teiste spetsialistide juurde, sest oletatakse südame- ja veresoontekonna dekompensatsiooni häireid, maksa tsirroosi, neerude haigestumist, peritoneumi tuberkuloosi jne. Astsiidi puhul tuleb igal arstil mõelda ka munasarjakasvajatele.

Diagnoositud munasarjatsüstoomide ravi võib olla ainult operatiivne. Operatiivset ravi tuleb rakendada ka väikeste kasvaja puhul. Täiesti lubamatu on nendel puhkudel jääda äraootavale seisukohale. Viivitamatu operatiivne ravi väldib kõigepealt tsüstoomide maligniseerumise ohtu, aga ka palju teisi võimalikke komplikatsioone. Astsiit ei takista operatiivset ravi.

Meie tähelepanekute järgi esineb vigu ka operatsiooni käigus. Pärast tuumori eemaldamist kõhuõõnest tuleb see kohe lahti lõigata, et makroskoopilise vaatlemisega välja lülitada tsüstoomi pahaloomulisuse võimalust. Ühtlasi on vaja väiksemagi kahtluse puhul rakendada histoloogilist kiiruurimist. Meil esineb juhtumeid, kus jäädakse ootama tavalises korras toimuva histoloogilise uuringu tulemust. Saades nädala või kahe pärast vastuse, mis kinnitab kasvaja pahaloomulisust, jääb üle ainult haige kiiritusravile saatmise võimalus, mis igakord aga ei anna soovitud tulemusi, sest eelnev operatiivne ravi ei olnud küllalt radikaalne.

Kui operatsiooni ajal avastatakse epiteliaalsete tsüstoomide pahaloomulisus, tuleb eemaldada mõlemad adneksid koos emakaga. Meie arvates on vaja nendel puhkudel teostada emaka totaalne ekstirpatsioon, aga mitte piirduda, nagu seda praktiseerivad mõned arstid, ainult emaka supravaginaalse amputatsiooniga. Haiged, kellel operatsiooni ajal avastatakse kasvaja dissemineerumise tunnuseid, suunatakse pärast totaalset ekstirpatsiooni veel kiiritusravile.

Vanematel naistel on ühepoolse kasvaja puhul soovitav eemaldada mõlemad andeksid ka siis, kui ollakse kindel kasvaja healoomulisuses. Sellega väldime pahaloomuliste tsüstoomide teket ka tulevikus.

Kõik haiged, kellel on opereeritud munasarja epiteliaalne kasvaja, võetakse onkoloogia dispanseris arvele.

Vaatamata sellele, et puudutatud küsimused võivad olla meie arstkonnale tuntud, on siiski vaja pöörata munasarja epiteliaalsetele kasvajatele senisest rohkem tähelepanu.

Ülaltoodut kokku võttes võime öelda:

1. Epiteliaalsed tsüstoomid on võrdlemisi sageli esinevad munasarjakasvajad, kusjuures eriti seroossetel tsüstoomidel on kalduvus pahaloomulisele degeneratsioonile.

2. Astsiitide esinemistel naistel on diagnostiliste raskuste puhul vaja alati mõelda ka munasarja tsüstoomidele.

3. Munasarja epiteliaalsete tsüstoomide ravi on ainult operatiivne. Opereerida tuleb kohe pärast kasvaja diagnoosimist. Lubamata on jääda nendel puhkudel äraootavale seisukohale. Astsiidi esinemine ei ole vastunäidustuseks operatiivsele ravile.

4. Pärast munasarjade epiteliaalse tsüstoomi eemaldamist on vaja määrata nende pahaloomulisus juba operatsiooni ajal.

5. Pahaloomulisuse puhul eemaldatakse mõlemad adneksid ja tehakse emaka totaalne ekstirpatsioon. Disseminatsiooni puhul rakendatakse ühtlasi kiiritusravi.

6. Kõik haiged munasarja epiteliaalsete kasvajatega tuleb võtta arvele onkoloogia dispanseris või kabinetis.

О НЕКОТОРЫХ ОШИБКАХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КИСТОМ ЯИЧНИКОВ

Р. Бернаков

Резюме

Эпителиальные кистомы являются одними из относительно часто встречающихся видов опухолей яичников, причем серозные кистомы особенно склонны к злокачественной дегенерации.

При эпителиальных кистомах асцит может возникнуть в случае, если имеется малигнизация опухоли. При наличии асцита могут быть затруднения или допущены ошибки при диагностике заболевания. В подобных случаях больных обычно направляют к терапевту или иному специалисту, так как при этом подозреваются декомпенсация сердечно-сосудистой системы, цирроз печени, заболевание почек, туберкулез брюшины и т. д.

Лечение кистом — только оперативное. Оно применяется даже при наличии небольших опухолей. При эпителиальных кистах недопустимо выжидать или медлить с проведением операции, так как это может привести к злокачественной дегенерации опухоли.

Возникающие асциты при малигнизации опухоли не противопоказаны для операции.

Во избежание ошибок во время операции необходимо после удаления опухоли из брюшной полости разрезать ее с тем, чтобы уже макроскопическим путем предотвратить злокачественный процесс. При малейшем подозрении на дегенерацию следует применять быстрый метод гистологических исследований.

Если в процессе оперирования обнаруживается злокачественный характер эпителиальной кистомы, необходимо удалить оба придатка вместе с маткой. Мы полагаем, что при этом следует произвести тотальную экстирпацию матки, не ограничиваясь только суправагинальной ампутацией ее, как поступают некоторые врачи.

Больные, у которых во время операции наблюдаются явления диссеминации, направляются после тотальной экстирпации матки на лучевую терапию.

Все больные, оперированные по поводу эпителиальных кистом яичников, должны находиться на учете в онкологических диспансерах или соответствующих кабинетах.

LAHTISTE JA KINNISTE TORULUUDE MURDUDE OSTEOSÜNTEES AUTORI FIKSAATORI ABIL

A. Seppo,

dotsent

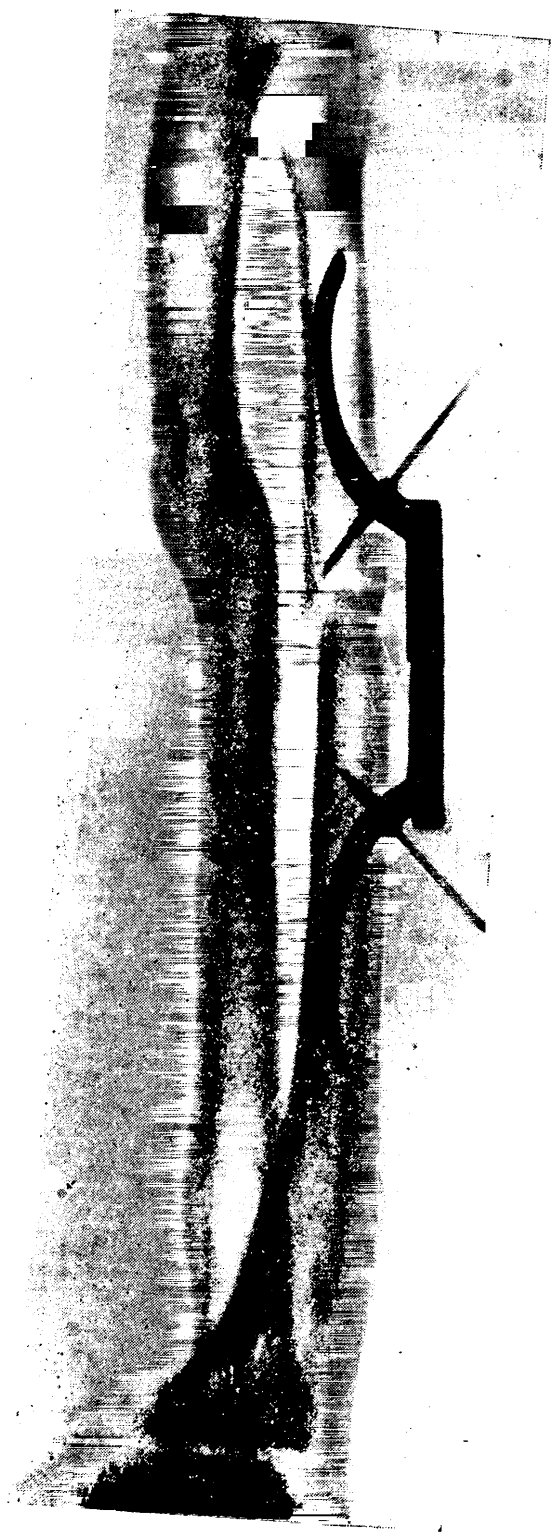
(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat A. Jannus, ja Tallinna II Haiglast, peaarst A. Joakimov)

Osteosünteesi metallist vahendeid tunti kirurgias juba 18. sajandil. Rida autoreid on kahe sajandi vältel pidevalt arendanud seda probleemi. Esimesed autorid (White 1760, Rodgers 1825, Sklifossovski 1875) ühendasid fragmente traatõmblusega (A. N. Matšabeli, S. M. Stelmašonoki, G. S. Venable ja W. G. Stuck'i järgi). Traatõmblus aitas seada fragmente üksteise vastu, kuid ei taganud nende liikumatust. Pärast sellist operatsiooni kujutavad fragmendid endast kahe õlaga kangi toetuspunktiga luud läbistava traadi kohal. Kuna murrujoonepoolne kangi õlg on üle 10—20 korra lühem kui kangi teine õlg, siis tekib pikema õla külge kinnitatud lihaste tõmmete tagajärjel, samuti jäseme perifeerse osa raskuse tõttu fragmentide liikumine ka siis, kui jäse on kipsiga immobiliseeritud. Selline liikumine võib tekitada ebaliigese. Otsides fragmentide paremaid immobiliseerimise võimalusi ühendasid 1886. aastast alates Hanamann ja hiljem Shermann ja Lane fragmente ekstraosiaalsete metallplaatide abil. Need plaadid kinnitati fragmentide külge metallkruvide abil (P. Wilson'i järgi).

Säärased plaadid fikseerisid fragmente juba paremini kui traatõmblus. Kuid kruvid ei olnud plaatidega liikumatult ühendatud ja luusse fikseerusid nad lühikeseks ajaks. Selle tõttu ei olnud luumurd küllalt fikseeritud.

Intramedullaarsete pikkade metallvarraste kasutuselevõtmine (I. K. Spižarnõi,¹ G. Küntšer, L. Böhler, F. R. Bogdanov, J. G. Dubrov jt.) võimaldas fragmente paremini immobiliseerida. Eriti tõhusaks osutus see meetod reieluu diafüüsi kinniste murdude puhul. Nagu märgivad autorid, ei ole see operatsioon tehniliselt raske ja 10 päeva (G. Küntšer, L. Böhler, J. G. Dubrov) või 3 nädala pärast (A. S. Ignatjev) võib hakata jalale toetuma. Teiste torulumurdude fikseerimiseks ei olnud intramedullaarsed pikad metallvardad nii tõhusad. Metallvarda viimine õlavarre-

¹ I. G. Gertsen'i järgi.



Joonis 1

TAHVEL 4



Joonis 2

Joonis 3

või sääreluusse on tehniliselt raske, tekitab suuri vigastusi nii luus kui ka üdikanalis ja ei fikseeri fragmente küllaldaselt määral. Õlavarreluu murrud vajuvad pikuti lahti ja siis võib nael painduda või koguni murduda. Sääreluu üdikanali kahele poole laieneva lehtri kuju tõttu hakkab perifeerne fragment naela otsas loksuma. See kõik takistab regeneratsiooni ja võib tekitada ebaliigese. A. S. Ignatjevi uurimised näitavad, et luuüdi hävineb varda ümber peaaegu täielikult ja alles kolmandal kuul algab luuüdi taastumine üksikute kolletena. Fragmente halvasti fikseeriva metallvarda ümber võib kasvada jämedakiuline sidekude. See kõik häirib troofilisi protsesse ja ainevahetust luus ning takistab regeneratsiooni. Luumurru puhul on eriti kahjustatud fragmentide otsad. Lahtistesse luumurdudesse võib sattuda veel infektsioon. Neil kaalutlustel ei tohiks pikki metallvardaid kasutada, eriti infitseeritud murdude puhul.

Alates 1953. aastast on autori poolt konstrueeritud eksperimentaalselt ja kliiniliselt uuritud uus fiksaator (vt. joonis 1).

See fiksaator võimaldab suruda fragmentid üksteise vastu ja fikseerida need liikumatuks. Nii muutub luumurd sissekiilunud murru taoliseks või sellele lähedaseks. Läbi instrumendi luusse viidavate spetsiaalsete nõelte abil võib pidevalt ja pikaajaliselt manustada ravimeid luusisesi. Nõelu ümbritseva kummdrenaaži abil saame aga drenida luu ümbrust. Üldmainitud fiksaator on mõeldud lahtiste ja kinniste luumurdude fikseerimiseks ning ebaliigeste operatiivse ravi jaoks.

Fiksaator koosneb kahest vedrukujulisest kõverast harust, neid harusid ühendavast kruvist, lukuosa pikendavatest vahelülidest ning kahest nõelajuhist — fiksaatorist. Fiksaatoreid valmistatakse mitmes suuruses. Harude kaarte kõrgused erinevad üksteisest 2 mm võrra. See võimaldab kirurgil röntgeni filmi järgi valida vastava suurusega fiksaatorit kas küünarvarre-, õlavarre-, reie- või sääreluu immobiliseerimiseks.

Immobiliseerimise tehnika on järgmine. Murrujoonest umbes kaks sentimeetrit eemal puuritakse mõlematesse fragmentidesse auk, mille kaudu fiksaatori harud viiakse ükshaaval fragmentide sisse ja asetatakse kohale nõelajuhid — fiksaatorid. Fiksaatori pooled ühendatakse kruviga, kasutades tarviduse korral lukku pikendavaid vahelülisid. Keerates mutrikeerajaga, sunnime fragmente teineteisele lähenema kuni tiheda kontaktini nende vahel. Pärast fragmentide kokkusurumist keerame kruvi pool ringi tagasi. See katkestab pideva surve, kuid jätab fragmentid tihedalt ühendusse.

Fiksaator ei läbi fragmentide otste kanalit ega suurenda fragmentide otste vigastust. Ka mujal ei ummista ta üdikanalit, vaid võtab enda alla ainult $\frac{1}{5}$ selle ristiläbilõikest. Selle fiksaatori kasutamisel säilivad luuüdi ja regeneratsiooniks eriti vajalikud elemendid, nagu vereringe, innervatsioon, retiikulo-endoteliaalsed elemendid ja endost. Periosti kahjustus ei ole suurem kui teiste osteoplastiliste operatsioonide puhul.

Fragmentide pikaajaline kindel fikseerimine koos nende tiheda kontaktiga murrujoone kohal ja luu regeneratsioonielementide säilimine nii seest- kui väljastpoolt ning varajase funktsionaalse ravi võimalus soodustavad luude kiiret kokkukasvamist. Komplikatsioonideta murdude puhul tekib röntgenogrammidel nähtav kallus 3 nädala jooksul (joonis 2). Tuleb märkida, et luu fragmentide tiheda kontakti tõttu kasvab kallus väike ja tihe (joonis 3).

Samasugust regeneratsiooni näeme ka pärast ebaliigese operatsiooni. Näiteks toome haigusloo nr. 2397/ 1956. a. 46-aastane meespatsient J. A. murdis 2 aastat tagasi mõlemad sääreluud. Haige opereeriti ja tiibia ühendati traatõmblusega. Tekkis ebaliiges. Teistkordselt opereeriti M. D. Tšaklini järgi. Transplantaat resorbeerus. Sellises seisundis saabus patsient meile ravile. Kaks kuud pärast operatsiooni luud ühinesid tiheda vähemärgatava kallusega.

Käesolevat fiksaatorit on uuritud füüsikaliselt üksikute osade vastupidavuse suhtes. Fiksaatorit on kasutatud 10 katseloomal ja 15 haigel reie-, sääre-, õlavarre-, küünar- ja kodarluu fikseerimiseks.

Nii eksperimentaalsetest kui ka kliinilistest uurimustest selgus, et see fiksaator immobiliseerib luumurdu kindlamini ning vigastab fragmente vähem kui pikad metallvardad, võimaldades murdu tihedalt kokku suruda ning võidelda infektsiooni vastu.

ОСТЕОСИНТЕЗ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИКСАТОРА АВТОРА

А. Сеппо

Резюме

Применение металлических приспособлений при остеосинтезе известно в клинической хирургии уже около двухсот лет. Однако эта проблема до сих пор находится в стадии постоянного развития. Особую актуальность она приобрела в наше время в связи с конструированием и клиническим использованием длинных металлических стержней, вводимых в костномозговой канал. Этот метод, кроме положительных сторон, имеет и некоторые недостатки, из которых основными являются, во-первых, большое повреждение кости, в особенности — костного мозга, и, во-вторых, трудность введения и недостаточная фиксация фрагментов плечевой и большой берцовой костей.

Стремление использовать положительные стороны длинных стержней, с одной стороны, и факт хорошего сращения вколоченных переломов, с другой стороны, позволили автору в 1953 г. сконструировать, а затем экспериментально и клинически изучить новый фиксатор.* Описываемый фиксатор предназначен для оперативной иммобилизации открытых и закрытых переломов трубчатых костей со сдавливанием фрагментов и иммобилизации фрагментов и трансплантата при оперативном лечении псевдоартрозов. В случае инфекции этот фиксатор позволяет вводить беспрерывно и длительно лекарственные вещества в кость и дренировать ее окружность.

Фиксатор изготовляется четырех размеров, что помогает хирургу по рентгеновскому снимку подобрать соответствующий фиксатор для бедренной, большой берцовой и плечевой костей или для костей предплечья.

Фиксатор состоит из двух изогнутых тугих пружинных стержней, двух фиксаторов-проводников специальных игл, стягивающего винта и муфт-удлинителей замка.

Отступая от линии перелома примерно на 2 см просверливаются отверстия во фрагменты, через которые вводятся изогнутые стержни фиксатора, ставятся на место фиксаторы-проводники игл и винтом стягивают фрагменты. Фиксатор устроен так, что сдавливает все сечение перелома равномерно, обходит концы фрагментов, а далее — не заполняет более $\frac{1}{5}$ костномозгового канала. Все это уменьшает травму, сохраняет внутрикостное крово- и лимфообращение, иннервацию, ретикуло-эндотелиальные элементы и эндост.

В неосложненных случаях костные фрагменты срастаются рентгенографически видимой костной мозолью через три недели после операции. Мозоль растет плотная и малая, кость срастается по типу первичного заживления. В случае инфекции удается ее предупредить или быстро ликвидировать.

* Доклад и тезисы IV Республиканской научной конференции хирургов ЭССР. Таллин, 30 III 1956 г.

ÕPILASTE TÖÖKOORMUSEST JA VÄSIMUSEST**M. Püümet,**

vabariiklik peakooliarst

Sellest, et õpilased nii kesk- kui ka 7-klassilistes koolides on tööga liiga koormatud, on palju kirjutatud ja räägitud mitte üksnes eriteadlaste poolt, vaid seda on sagedasti rõhutanud oma koosolekutel ka õpetajad ja lastevanemad. Kooliarstid aga on juba ammu sellele tähelepanu juhtinud. Suure koormuse tõttu jääb õpilastele võrdlemisi vähe aega puhkuseks ja nende ridade kirjutaja tähelepanekute järgi peavad keskkooli vanemate klasside õpilased, kui nad tahavad kõiki õppeaineid korralikult ette valmistada, veel 3—5 tundi kodus tööd tegema. Puhkuseks jääb vaevalt tund aega. Kuid õpilastel, kes harrastavad muusikat või mõnda spordiharu ning on seotud klassivälise tööga, ei jäägi puhkuseks aega.

Väsimus on normaalne nähtus ja pärast küllaldast puhkust võib vaimset tööd jälle jätkata. Kui aga puhkus ei ole küllaldane, siis tekib üleväsimus, mis on juba patoloogiline nähtus. Organismi normaalsesse seisundisse viimiseks pärast üleväsimuse teket on tarvis pikemat puhkust ja vastavat ravi. Sellepärast peab hoolitsema, et üleväsimust organismis ei tekiks, et töö ja puhkus kulgeksid regulaarselt normi piirides. Eriti on vaja seda silmas pidada õpilastel, kellel väsimus tekib palju kergemini ja kiiremini kui täiskasvanutel. Kui õpilane kannatab vaimse väsimuse all, siis istub ta ilma tulemuseta tundide kaupa oma ülesannete juures. Kui tal on tarvis midagi pähe õppida, siis omandab ta selle väga pikkamisi ja unustab kiiresti. Matemaatikaülesannete lahendamiseks ei saa ta kuidagi hakkama. Viimaks jääb ta täiesti lootuseta olekus istuma, pea kurvalt käte vahel. Niisugust pilti võib õpilaste juures tihti näha. Säärasel korral jääb talle veel ainuke lootus — töö maha kirjutada kaasõpilastelt. Ühe ja sama töö juures langeb töövõime ühel kiiremini, teisel aeglasemalt. See sõltub inimese kehalistest ja vaimsetest omadustest kui ka teistest teguritest. Kui töö on huvitav ja meelepärane, siis saabub väsimus tunduvalt aeglasemalt, kusjuures tööjõudlus on suurem, kui aga töö on igav, siis tehakse seda vastumeelselt ning väsimus saabub palju kiiremini. Hommikul tööd alustades ei ole töövõime kohe kõige kõrgem, aga see tõuseb alata ja jõuab kolmandal tunnil kõrgpunkti. Pärast seda hakkab töövõime langema ja väsimuse tundemärgid kerkivad üha rohkem esile. Seda võetakse arvesse ka tunniplaani koostamisel.

Töötamisel tekkivat väsimust on püütud ka teaduslikult selgitada ja kindlaks määrata. Selleks on tarvitatud mitmesuguseid meetodeid.

Väsimuse mõõtmiseks kasutatakse ka vastavaid instrumente, nagu ergograaf ja estesiomeeter. Itaalia professori Mosso arvamise järgi haarab lihaste töö puhul tekkinud väsimus ka kesknärvisüsteemi ja überpöörduvalt: vaimse töö tagajärjel tekkinud väsimuse all ei kannata mitte üksnes kesknärvisüsteem, vaid ka lihased. Mosso ehitas oma ergograafi, mille abil ta mõõtis lihaste tööd ja selle tagajärjel tekkinud väsimust.

Peab tähendama, et väsimuse mõõtmiseks õpilastel tarvitatakse ergograafi väga vähe, sest see on väga aegaviitev. Estesiomeetriline väsimuse mõõtmine põhineb tuntud füsioloogilisel faktil, et naha tundlikkus ei ole igalpool võrdne. Tundlikkuse mõõtmiseks tarvitatakse sirkli. Näiteks

nina ja sõrme nahal võib tunda sirkli otsi eraldi kahe kuni kolme millimeetri kaugusel teineteisest, kuid seljanahal peavad sirkli otsad olema teineteisest palju kaugemal — 2 sm ja rohkemgi. Professor Grisbach, kes vaimse väsimuse mõõtmise rajas naha tundlikkusele väidab, et väsimuse tagajärjel naha tundlikkus muutub: ühel õpilasel oli enne tundide algust tundlikkuse piir ninaotsal 3 mm, peale esimest tundi 3,5 mm, aga peale viiendat tundi 5 mm. Puhkepäeval oli tundlikkuse piir 1,5—2 mm. Kõik need katsed näitavad, et väsimuse suurust saab määrata estesiomeetrilise meetodi abil. Mida suurem on vaimne väsimus, seda suurem on ka tundlikkuse piir ja vastupidi.

Väsimuse määramisel mõõduriistade abil on see pahe, et ta nõuab väga palju aega seepärast, et seda peab iga õpilase juures eraldi tegema. Viimasel ajal on tarvitusele võetud vaimse väsimuse määramiseks meetodid, mille abil võib seda määrata korraga suuremal hulgal õpilastel (tervel klassil). See on psühholoogiline meetod. Esimesena juhtis sellele meetodile tähelepanu kuulus õpetlane professor Sikorski. Ta laskis lastele teha etteütlust. Kõige vähem vigu oli esimesel tunnil kirjutatud etteütluses. Järgmistel tundidel tehtud etteütluses kasvas vigade arv pidevalt, olles kõige suurem viimasel tunnil tehtud etteütluses. Sama on leidnud ka teised õpetlased. On katseid tehtud mitmesuguste arvutamistega ning jõutud samale otsusele.

Kui noortööliste 16—18 aasta vanuses on seadusega kehtestatud 6-tunniline tööpäev, siis õpilaste kohta seda määrust ei ole. Need kelle kohuseks on õpilaste tervise eest hoolitseda, peavad seda katsuma teha kõigi abinõudega. Kui arstid ja pedagoogid koos töötavad, siis on seda küsimust kergem lahendada.

Nagu teada, ei ole kõik õppeained ühesugused, sest üks on raskem kui teine. Kõige raskemaks õppeaineks on matemaatika ja viimasele järgnevad keeled, eriti vanad keeled. Seda tuleks tingimata arvestada tunniplaanide koostamisel.

Eesti NSV Haridusministeerium andis 12. detsembril 1957. a. välja käskkirja nr. 164 «Abinõudest õpilaste koormuse vähendamiseks». Selle käskkirja peamiseks sisuks on õpilaste koormuse vähendamine laupäeviti ja esmaspäeviti ning pühade-eelsetel ja järgsetel päevadel. Õpilaste koormuse vähendamine laupäeval ja esmaspäeviti on rõõmustav nähtus, kuid seoses sellega langeb teistele neljale nädalapäevale vastavalt suurem koormus.

Nendel päevadel, millal töökoormust on suurendatud, annab ka väsimus ennast veel rohkem tunda. Iga semestri lõpunädalal tõuseb õpilaste töökoormus selle tõttu, et nendele antakse klassis kirjalikke kontrolltöid vahest 1—2 tööd päevas. Kui me tahame tõsiselt õpilaste töökoormust vähendada, siis vaevalt on see võimalik ilma õppeprogrammi vähendamata. Igast õppeainest tuleb «liigliha» ära jätta. Eksamid on 7. klassis ja lõpueksamid. Mis puutub eksamitesse, siis ükskõik missuguses klassis ka õpilane oleks, võib õpetaja tema teadmisi hinnata õppeaasta jooksul tehtud töö järgi. Kui õpilane lahkub koolist, lõpetades näit. 4., 5., 6., 8. klassi, siis antakse talle vastav tunnistus ilma mingisuguse eksamita, kui ta aga lõpetab 7. klassi, siis võib ta tunnistuse kätte saada pärast vastavate eksamite sooritamist. Miks ei võiks õpilased ka 7. klassi lõpetada ilma eksamita? Ja siis küpsuseksamid? See on üks raskemaid ja kesknärvisüsteemi väsitavamaid aegu. Kui eksamid on vajalikud nendele, kes eksternina tahavad keskkooli kursust lõpetada, siis on see arusaadav. Keskkoolide lõpetajate, kelledest suurem enamik on algusest peale ühes ja samas koolis käinud, teadmisi on õpetajatel võimalus olnud aastate jooksul kontrollida ja hinnata, milleks on siis tarvis veel lõpueksameid? Olgu tähendatud, et need keskkooli lõpetajad, kes kavatsevad edasi õppida ülikoolis või instituutides, peavad kohe hakkama ennast ette valmistama sisseastumiseksamiteks kõrgemasse õppeasutusse, mille tõttu kesknärvi-

süsteem on pikemat aega üle koormatud. Kui keskkooli lõpueksamid ära jääksid, saaksid kõrgematesse õppeasutustesse astujad palju paremini ette valmistuda, sest nende kesknärvisüsteem saaks vahepeal puhata.

Kokkuvõttes teen järgmised ettepanekud õpilaste töökoormuse ja vaimse väsimuse vähendamiseks: 1) kõik õppeainete õpetajad peavad aine õpetamisest välja jätma ülearuse ja liigse; 2) soovitav oleks kaalutleda koolides kõikide eksamite ärajätmise küsimust; 3) kooli õppenõukogudel tuleks õppetöö nii korraldada, et kirjatöid ja eriti kontrolltöid, ei oleks mitte rohkem kui üks päeva jooksul.

ОБ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКЕ И УТОМЛЯЕМОСТИ УЧАЩИХСЯ

М. Пюйметс

Резюме

Вопросом нагрузки и утомляемости учащихся давно уже занимаются ученые, школьные врачи и педагоги, однако до сих пор он остается неразрешенным.

Существует несколько методов измерения утомляемости учащихся: при помощи эргографа, эстезиометрии и психологическим способом. Последний получил большую популярность, потому что он позволяет одновременно всему классу учащихся измерить утомляемость в течение всего учебного дня. На это впервые обратил внимание киевский профессор Сикорский. Для уменьшения нагрузки учащимся Министерством народного просвещения ЭССР в конце прошлого года издан приказ, согласно которому нагрузка учащихся уменьшается накануне и после праздников, но общая недельная учебная нагрузка остается, вследствие чего на другие дни недели падает еще большая нагрузка, чем в начале.

Чтобы действительно уменьшить нагрузку учащихся, считаем целесообразным, во-первых, предложить всем учителям по согласованию с Министерством народного просвещения исключить из преподаваемого предмета менее существенное и, во-вторых, отменить все весенние экзамены в седьмых классах, а также выпускные, так как педагоги, на наш взгляд, вполне могут оценить знания каждого ученика без экзаменов.

Кроме того, рекомендовать педагогическим советам следить за тем, чтобы в конце семестров ученикам не давалось в классе более одной письменной работы в один день.

ÕPILASTE KEHAKULTUURI GRUPPIDESSE MÄÄRAMISE KÜSIMUSEST¹

J. Vares,

Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri arst

Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri poolt töötati välja 1957. a. metoodiline kiri kooliarstidele õpilaste kehakultuuri gruppidesse määramise kohta. Selles metoodilises kirjas nõutakse õpilase vabastamist kehakultuuri tundidest ainult ajutiselt, haiguse ägedal perioodil. Pärast ägedate nähtude vaibumist aga tuleb igal õpilasel tegelda ühe või teise kehalise kasvatusvormiga.

Ajavahemikul 1957. a. novembrist kuni 1958. a. veebruarini kontrollis dispanser kooliõpilaste kehakultuuri gruppidesse määramist. Vaatlusele võeti Tallinnas 39 õppeasutust (32 kooli, 5 tehnikumi ja 2 instituuti, kokku 31 690 õpilasega). Tartu Kehakultuuri Dispanser kontrollis omakorda 8 950 õpilast 14 koolis. Tallinna koolides töötavad kooliarstidena enamasti pediatrid, kuid ka stomatoloogid, epidemioloogid, terapeudid jt. Kontrollimisel selgus, et kooliarstid vahetuvad väga kiiresti. Tartu koolide arstid on kõik pediatrid, mille tõttu nende töö kvaliteet on parem.

¹ Ette kantud II vabariiklikul spordimeditšiini ja ravi-kehakultuuri konverentsil Tallinnas, 25. IV 1958. a.

Arvulised andmed õpilaste grupeerimisel on järgmised: Tallinna koolides oli 1958. a. veebruaris veel 330 õpilast meditsiiniliselt kontrollimata. Ülejäänutest oli 1,78 protsenti määratud ettevalmistavasse ja 2,6 protsenti erigruppi. Vabastatud oli 31 õpilast. Tartu koolides olid õpilased kõik läbi vaadatud, ettevalmistavasse gruppi oli määratud 4 protsenti ja erigruppi 2 protsenti, vabastatud oli 2,2 protsenti õpilastest. Et Tallinna kooliastid õpilasi ei vabasta, vaid määravad erigruppi, tuleneb meie arvates sellest, et erigrupiga eraldi tegelemiseks ei ole võimlemisõpetajatel aega ega võimalusi, mille tõttu see tähendab praktiliselt vabastamist. Erigrupiga ei tegelda ka Tartu koolides.

Ülaltoodud keskmised arvud ei iseloomusta tõelist olukorda. Näiteks oli Tallinna 23. Keskkooli 1 200 õpilasest põhigrupi tööst vabastatud 0,87 protsenti, 21. Keskkooli samasugusest õpilaste arvust oli vabastatud 9,7 protsenti, Tallinna Polütehnilises Instituudis ei võta 21 protsenti kahe esimese kursuse üliõpilastest osa põhirühma tööst, Tallinna Pedagoogilises Instituudis ei tegele 9,8 protsenti esimese ja teise kursuse üliõpilastest kehalise kasvatusesega.

Kooliastide poolt grupeeritud õpilaste hulgas esinevat patoloogiat analüüsides leiame Tallinna koolides südame- ja vereringehaigusi 1,48 protsendil juhtudest. Tartu koolides on see arv 2 korda väiksem (0,68%). See näitab, et mõnedel kooliastidel on raskusi südame- ja vereringehaiguste diagnoosimisega, ei osata diferentseerida funktsionaalseid häireid orgaanilistest haigustest. Mõnedes koolides esinevad «mitraalklapi puudulikkuse» juhud, teistes — «neuroos» jne. Hingamiseldunditega seotud patoloogia, mis on peamiselt tuberkuloosse etioloogiaga, on Tallinna ja Tartu koolides võrdne (1%), luu- ja liigeste haigustega on vabastatud 0,4 protsenti, närvisüsteemi haigustega 0,22 protsenti, sisesekretsiooni ja ainevahetuse häiretega 0,18 protsenti õpilastest.

Võrreldes õpilaste individuaalseid kaarte ja kooliastidelt saadud andmeid selgus, et ligi 150 õpilast on eemaldatud kehalisest kasvatuses põhjuseta järgmiste diagnooside alusel: kare hingamine, füüsiliselt nõrk areng, funktsionaalne nõrkus, kergekujuline müopia, arvel tuberkuloosidispersanis, süstoolne kahin jne. Kehalisest kasvatuses ebaõigesti kõrvaldatute arv on muidugi suurem, sest massiliselt on vabastatud õpilasi märkusega: «Arvel tuberkuloosidispersanis» ilma lähema diagnoosita, haiguse faasita ja tuberkuloosidispersansi tõendita. Sageli võis leida tõendeid 1955/56. õppeaastast diagnoosidega: «*Tbc. pulmonum disseminata in phasis indurativa, bronchadenitis*» jne. Selgub, et mõned kooliastid ei oma ülevaadet õpilaste tervislikust seisundist ning seetõttu vabastavad õpilasi kergekäeliselt kehalisest kasvatuses. Kontakt kooliastide ja tuberkuloosidispersanrite vahel on nõrk.

Õpilaste grupeerimine on pealiskaudne ja ebaühtlane. 3. Keskkooli arst diagnoosib rohkesti «karedat hingamist» (selle all mõtleb arst kunagise tuberkuloosse bronhadeniidi või rahhiidi jääknähte), mitraalklapi insuffsientsust, südame neuroosi, füüsilist nõrkust. Näiteks on 38-st II klassi õpilasest 11 eemaldatud kehalisest kasvatuses ülaltoodud diagnoosidega. Selgub, et arst kardab määrata esimeste klasside õpilasi põhigruppi. 16. Keskkoolis on rohkesti õpilasi arvel tuberkuloosidispersanis ilma täpse diagnoosita. Ka on tõendeid tuberkuloosidispersanist vähe. Tallinna 32. Keskkooli 1000 õpilasest ei ole tuberkuloosidispersanereis arvel ühtegi. Tallinna Polütehnilises Instituudis on üliõpilastest 21% vabastatud, kusjuures osa on vabastatud põhjuseta diagnoosidega: «Südame-neuroos, südamelihase kahjustus, *myopia* (17 üliõpilast, ilma et kaardil oleks märgitud, kui suur lühinägelikkus on), *myopathia cordis*, *vegetoneurosis*, nõrgad kopsud (aluseks 1955. a. tuberkuloosidispersansi tõend induratiivse kopsutuberkuloosi vormi kohta). Pedagoogilises Instituudis on üliõpilastest vabastatud üheksa protsenti, ettevalmistavasse gruppi on

määratud 2 üliõpilast, ülejäänud on kõik erigrupis, s. t. vabastatud. Grupeerimisel leidsime diagnoosi asemel otsuse: «süda haige» jne. Ka teiste Tallinna koolide õpilaste grupeerimise analüüsimisel esineb mitmesuguseid puudusi. Näiteks määrab 16. Keskkooli arst rohkesti esimeste klasside õpilasi ettevalmistusgruppi, märkides kaardile: «füüsiliselt vähe arenenud». Sellesse rühma kuulub üle 30 esimeste klasside õpilase.

1. Keskkoolis on 6 õpilast *adipositas*'e diagnoosiga määratud ettevalmistus- või erigruppi. 6. Keskkoolis on arst märkinud ühe õpilase kohta: «sageli minestab», kusjuures individuaalsel kaardil ei ole ühtegi märget diagnoosi ega edasiste uurimiste kohta.

Mõnede kooliarstide juures torkab silma ebaühtlane diagnoos, näiteks *Vitium cordis*, südame rike, *rheumocarditis*, krooniline apenditsiit, reumokardiit, müokardiit, *rheumatismus* jne. Ka dokumentatsioon on paljudes koolides puudulik. Näiteks 11. Keskkoolis ei olnud kooliarst 1957. a. jooksul ühtegi märget õpilaste kaardile teinud, paljude õpilaste kaardid on alles avamata. Tagajärjeks on see, et õpilased ei olnud veel 1958. a. alguseks grupeeritud.

Tartu koolides, kus töötavad kooliarstidena ainult pediaatrid, on õpilased grupeeritud õigeaegselt ja vähemate vigadega. Puudusena esineb siin näiteks diagnoosimisel haiguse etioloogia ja faasi (krooniline, akuutne) märkimata jätmine. Nii diagnoositakse näiteks liigesepõletikku, skrofuloosi, tahhükardiat. Esineb ka ebaselgeid diagnoose, nagu: *asteenik, dystrophia cruris sin., endomyocarditis* jne.

Paralleelselt õpilaste grupeerimisega kontrollimisega vaadati ka spetsialistide poolt väljaantud tõendeid. Enamik õpilasi on vabastatud tuberkuloosidisperseri poolt, samuti laste nõuandlate, haiglate, ja struumatõrje disperseri poolt. Leidsime tõendeid, kus spetsialist oli vabastanud õpilase terveks aastaks, diagnoosi märkimata. Üldiselt näib, et mõned Tallinna kooliarstid kasutavad vähe spetsialistide abi. Vastupidine on olukord Tartus.

Kontrollimisel selgus, et paljudel kooliarstidel puudub ülevaade õpilaste haigestumisest ja tervislikust seisukorrast. Spetsialistide poolt väljaantud tõendeid ei kontrollita. Viimased on ka sageli kergekäeliselt välja antud.

Järeldused. Arstid ei pööra õpilaste kehalisele kasvatusale vajalikku tähelepanu, grupeerimine toimub sageli pealiskaudselt. Kontakt kehalise kasvatusõpetajate ja arstide vahel on nõrk. Kooliarstid ei ole küllalt kvalifitseeritud. Esineb ebakindlust diagnostikas ja ortograafilisi vigu. Kooliarstide töökoormus on suur.

Sellise olukorra parandamiseks on vaja:

1. Õpilaste vanemate hulgas parandada kehakultuuri ja spordi kasulikkuse propagandat. 2. Kooliarstide töökoormust vähendada ja tõsta nende kvalifikatsiooni. Neid tuleb instrueerida ja kontrollida tervishoiuorganite poolt. 3. Tervishoiuasutuste võrk peaks tähelepanelikumalt suhtuma õpilaste kehakultuuri- ja spordi ning sellest vabastamise küsimustesse.

EESTI NSV MEDITSIINILISTES ÕPPEASUTUSTES

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas toimub õppetöö ravi-, stomatoloogia-, farmaatsia ja kehakultuuri osakondades, viimases ka mittestatsionaarses osakonnas. Sel aastal võeti vastu 220 üliõpilast eesti-keelsesse ja 25 venekeelsesse osakonda. Õppejõude on arstiteaduskonnas küllaldaselt. Õppevahendite baas on hästi varustatud, kuid õppebaaside osas esineb veel puudujääke. Peatselt antakse ekspluatatsiooni uus 400 voodikohaga internaat. Arstiteaduskonna üliõpilaste kasutada on suur raamatukogu. Üliõpilased võtavad aktiivselt osa teaduslike ringide tööst, esinedes teaduslike ettekannetega nii meie vabariigi kui ka vennasvabariikide arstiteaduslikel konverentsidel.

Möödunud suvel viidi professor A. Linkbergi ettepanekul esmakordselt läbi III kursuse lõpetanud üliõpilaste suvepraktika õe ja velskri erialal. Praktikal töötasid üliõpilased Tallinna, Pärnu jt. haiglates õdede ja põetajatena, viibides 10 päeva kirurgia- ja 10 päeva teraapiaosakonnas ning 10 päeva vastuvõtuosakonnas.

Tallinna Meditsiinilisse Keskkooli võeti sel aastal 90 õpilast statsionaarsesse ja 60 mittestatsionaarsesse osakonda. Statsionaarses osakonnas toimub õppetöö meditsiiniõdede ja akušööride erialal, mittestatsionaarses osakonnas hambatehnikute ja velskrite erialal. Õppejõudude alal on koolis olukord rahuldav. Tallinna Meditsiinilisel Keskkoolil on kaks internati ja nõutele vastav raamatukogu. Sel aastal sai kool õppevahendite osas juurde uue tõmbekapi. Meditsiiniõdede erialal on programm muutunud lähtudes sellest, et varem võeti sellele erialale vastu 7. klassi lõpetajaid, nüüd aga keskkooli lõpetajaid. Meditsiiniõdede programmis on suurt tähelepanu pööratud haigete põetamisele. Ühtlasi õpitakse võõrkeeli laialdase meditsiinilise kirjanduse tundmaõppimise eesmärgil ning uudse üritusena on meditsiiniõdede kvalifikatsiooni tõstmiseks ette nähtud masinakirja ja stenograafia tunnid.

Tartu Vabariiklikus Meditsiinilises Keskkoolis oldi sel aastal hästi ette valmistatud õpilaste vastuvõtuks. Kooli võeti 120 õpilast statsionaarsesse ja 30 õpilast mittestatsionaarsesse osakonda. Õppetöö toimub meditsiiniõdede, akušööride, sanitaar-velskrite, velsker-laborantide, velskrite ja hambaarstide erialal. Sel aastal täienes kooli õppejõudude kaader kahe inimese võrra, kelledest üks töötab sisehaiguste alal ja teise tööleasumise tingis meditsiiniõdede osakonna avamisel mikrobioloogia programmi laienemine. Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli õppevahendite baas täienes Kohtla-Järve Meditsiinilise Keskkooli sulgemise tõttu. Mõningaid raskusi on ruumide küsimusega. Õpilaste kasutada on kaks ühiselamut ning üle 10 000-kõiteline raamatukogu. Aktiivselt töötavad ühiskonnateaduste-, erialased ja spordiringid. Kooli isetegevuslased esinevad tihti Tartu Tervishoiutöötajate Majas.

Viljandi Meditsiinilises Keskkoolis võeti sel aastal statsionaarsesse osakonda õpilasi ainult meditsiiniõdede erialale. Mittestatsionaarset osakonda koolil ei ole. Kool on hästi varustatud õppevahendite ja inventariga. Õpilastele kuulub 125 voodikohaga ühiselamu. Varem võttis kool vastu ka 7. klassi lõpetanuid, kuid keskkooli lõpetanute vastuvõtmisega langesid sel aastal õppekavast välja üldained. Õppekavasse on võetud stenograafia ja masinakiri. Kool töötab ühes vahetuses. Raskusi õpperuumide osas ei ole.

Mädanikuliste nahahaiguste profülaktikast ja ravist

J. Traat,

(Tallinna Raudtee Poliklinikut, juhataja M. Ugolnikova)

Mädanikulised nahahaigused (nahamädanikud) ehk püodermiidid (*pyodermia*) tekivad mitmesuguste püogeensete mikroobide, näiteks stafülo- ja streptokokkide nahasse sattumisel peamiselt väikeste nahavigastuste (mikrotraumade) puhul. Nimetatud pisikud on looduses laialt levinud. Korratu ja harva pesemise korral leidub neid nahal rohkesti. Stafülokokkidest tekitatud mädanikulised nahahaigused on seotud karvanääpsu, rasu- ja higinäärmetega. Siia kuuluvad: *folliculitis* ehk karvanääpsupõletik, *sycosis simplex* ehk habemekarvanääpsu põletik, *furunculus*, *carbunculus*, *panaritium hidradenitis (axillaris)* — higinäärmete abstsess (kaenlaaluses) jt.

Streptokokkidest põhjustatud nahamädanikud on pindmised, nende puhul on mäda vedel (seroosne eksudaat). Siia kuuluvad (tähtsamad): *impetigo contagiosa* ehk mädavilliline lööve. Ka stafülokokid võivad põhjustada impetiigot, sel puhul on mädavillikesed sügavamad ega lõhke nii kergesti, tekkivad koorikud on valged ja läbipaistmatud.

Mädanikuliste nahahaiguste puhul väljaantud töövõimetuslehtede arv võib moodustada kuni 15% ajutise töövõimetuslehtede üldarvust. Ägedad mädanikulised haigused kätel moodustavad kuni 37% kõigist ambulatoorsest operatsioonidest. 70 kuni 80 protsendil mikrotrauma juhtudest aga ei pöördata üldse abi saamiseks tervishoiupunkti.

Mädanikuliste nahahaiguste vältimiseks on vaja: 1) mikrotraumade vältimine, 2) mikrotraumade avastamine (tööstuses isegi ei märgata mikrotrauma teket kuni 21 protsendil juhtudest), 3) mikrotraumade kohene töötlemine desinfitseerivate vahenditega, 4) ratsionaalne nahamädanikude ravi.

Peatume lühidalt nende nõuete juures.

Traumade üheks põhjuseks on tööliste pealiskaudne instrueerimine tööle võtmisel ja edaspidises töökäigus. Seepärast on tööliste töölevõtmisel tarvis teda instrueerida peale ohutustehnika ka veel tervishoiualastes küsimustes arsti või velskri poolt. Talle tuleb selgitada näiteks, et töölaud peab olema terve, kui see on kaetud plekiga, siis peab viimane olema hästi kinnitatud, et ei tekiks mikrotraumasid, töölaud ega töökoht ei tohi olla üle koormatud kõrvaliste esemetega (taarad, jäätmed). Tuleb rõhutada, et metallist laaste ei tohi käega eemaldada, vaid ainult vastava konksu või harjaga. Instrumendid olgu alati korras, nende käepidemed terved ning siledad. Tööline peab saama täieliku kujutluse, mis osa etendavad mikrotraumad mädanikuliste nahahaiguste tekkimisel. Tähelepanu tuleb juhtida ka teistele profülaktikaalastele küsimustele, eriti külmetushaiguste vältimisele.

Püodermiite soodustavad jahe, niiske ja tolmane õhk tsehhides, mitteküllaldane valgustus töökohal ning käte määrdumine õlidega ja määretega. Puhtus peab olema tänapäeva käitises esimesi tingimusi. Korratust takistab töö organiseerimist, tööviljakuse tõstmist, põhjustab õnnetus-

juhtumeid ja praaki ning kahjustab tööliste tervist. Puhtusenõuete täitmine ei ole raske, kui ventilatsioon korralikult funktsioneerib ja iga tööline peab oma töökoha korras ning kui ruume koristatakse järjekindlalt iga päev, kusjuures eelmine vahetus annab järgmisele üle täiesti korras tsehhi. Igas tööstusettevõttes, kus tööliste nahk võib saastuda, peab olema korralik sanitaarsõlm duširuumide ja avarate kahepoolsete kappidega puhaste ning tööriistade jaoks. Dermatoloogiliselt ei ole ükskõik, kuidas tööline oma nahka, eriti käsi, puhastab. Mineraalõlidega töötamisel käte pesemiseks ning püodermitide profülaktikaks soovitatud professor V. A. Rahmanovi pastat (seep + valge savi + jõeliiv + petrooleum + väävelhape) tuleks toota tsentraliseeritud korras. Püodermitide profülaktika turbatöölisel I. P. Paikini meetodil, mille kohaselt pestakse pärast tööd käed ja jalad, selle järel hoitakse käsi 5 minutit 0,25-protsendilises ja jalgu 1-protsendilises nuuskpiirituse lahuses. Pärast seda kuivatatakse need ja hõõrutakse lanoliinkreemiga. Nuuskpiirituse lahuse asemel võib tarvitada üheprotsendilist soolhappelahust või kaaliumpermanganaadi lahust lahjendusega 1 g 10 liitri vee kohta. Kui käed töö ajal liigselt kuivavad või märguvad ning külmetuvad ja selle tõttu pragunevad, tuleb naha pehendamiseks tarvitada rasvast kreemi (näit. lanoliinkreemi või järgmise retsepti järgi koostatud võiet: *Rp. Acid. boric. 1,0; Lanolini, Vaselini, 01 persicor. āā ad 50,0*), käte määrimiseks õhtuti võib ordineerida: *Rp. Liq. ammon. caustic.; Spirit. vini āā 25,0; Glycerini 50,0*.

Iga töökohta peab valgustama mitte üks, vaid mitu üldist valguseallikat, sest paikne valgustus tekitab teravaid varje ja kontraste. Tööruum peab olema ühtlaselt valgustatud, sest valgest pimedasse või vastupidi vaatamine võib kahjustada nägemist. Ratsionaalse valgustuse puhul ei lange mitte üksi traumatism (15—30%), vaid tõusevad tööjõudlus, töömaht (10—40%), töö kvaliteet (2—4 korda), tööruumide puhtus ning säilib tööliste nägemisvõime ja kogu organismi jõudlus. Valgustusarmatuuride klaaskupleid ja aknaid tuleb aeg-ajalt pesta.

Arvestuse pidamine mädanikuliste nahahaiguste kohta igas tsehhis aitab avastada lünki profülaktilises töös.

Mikrotraumade edasise infitseerumise ärahoidmiseks ja sidumise vältimiseks tuleb vigastust määrada kas Novikov'i antiseptilise vedelikuga (*Acid. tannici 1,0; Viridis nitentis 0,2; Spirit. vini 96% — 0,2; Ol. Ricini 0,5 Collodii 20,0*), N. F. Rodjakin'i vedelikuga (*Hydrargyr. bichlorat. 0,02; Zinci oxydat. 1,0; Ol. Ricini 0,05; Ol. Vaselini 0,15; Collodii 20,0*) või Demetski ja Mitrošenko vedelikuga (*Furacilini 0,01 solve in spirit. vini 70° — 1,5 cum calore 70°—80°, post adde collodii 50,0*). Hästi desinfitseerib ka: *Rp. Viridis nitentis 0,4; Pyoctanini coerulei 0,2; Rivanoli 0,05; Spirit. vini 96° — 0,4; collodii 20,0*. Näol on väga soovitatav kasutada professor Prokoptšuki värvitud vedelikku (*Biomycini sive synthomycini 0,6; Spirit. vini 96° — 0,4; Collodii 20,0*).

Järgnevalt esitame mädanikuliste nahahaiguste ravikogemusi.

Follikuliidi puhul avada mädavistriku kate nõelaga või kirurgilise pintsetiga, kõrvaldada karv, eemaldada ettevaatlikult steriilse tampooniga mädatilk ja siis määrada kaks kuni kolm korda päevas järgmise lahusega (*Rp. Viridis nitentis 0,5; Spirit. vini 70% ad 50,0*).

Furunkul ja selle ümbrus desinfitseeritakse (*Rp. Acid. tannici 5,0 solve in tinct. jodi 5% — 20,0 adde et misce streptocidi 1,0 solv. in spirit. vini 70° — 24,0* või: *Rp. Biomycini 1,5; Spirit. vini 96° — 50,0* või: *Rp. Rivanoli 0,06 Viridis nitentis, Pyoctanini coerulei āā 0,6 Spirit. vini 70°—60,0* või lihtsalt *Sol. Chloramini B 0,5%*). Siis asetatakse sellele kas *Ichthyoli puri* (mitte *Ungt. ichthyoli!*) või pasta (*Rp. Ichthyoli 50,0; Acid. salicyl. 30,0; Spirit. vini 95%; Glycerini āā 10,0*). Pasta kasutamisel furunkulit ümbritseva naha kaitsmiseks määratakse sinna tsinkpastat. Sidet vahetame iga päev ning desinfitseerime furunkuli ümbruse. Samal ajal haige võtab sisse piimaga või soodaveega biomütsiini 3 korda päevas

0,3—0,5, või süstime penitsilliini 2 korda päevas 300 000 ühikut novokaiini üheprotsendilises lahuses. Hästi mõjub lokaalselt ka professor Troitskaja plaaster (*Emplastri plumbi simpl.* 40,0 kergelt sulatatuna, *adde collargoli* 10,0, *solv. in aq. dest. fervida* 8,0). Kui furunkul avaneb, asetada avale kuuekihiline marlitampoon, mis on immutatud üheprotsendilises novokaiinilahuses (50,0) lahustatud 500 000 ühiku penitsilliiniga. Väga hästi mõjub ka biomütsiini üheprotsendiline emulsioon või järgmise koosseisuga ravim: *Rp. Biomycini* 1,25; *Lanolini anhydrici*; *Vaselini*; *Aq. dest. āā ad* 25,0. Furunkuli nekrootilise südamiku väljumist saab kiirendada sideme vahetamisega ja selle niisutamisega viieprotsendilise kaaliumpermanganaadi lahusega. Granulatsiooni soodustab järgmise koosseisuga ravim: *Rp. Xeroformii*; *Balsam. Schostakovskii āā* 5,0; *Ungt. Ol. jecor. Aselli 20% ad* 50,0. Samuti oleme toiminud karbunkli ja higinäärme abstsessi puhul. Karbunkel esineb peamiselt kuklal ja seepärast ei tarvitata sidet ümber kaela, mis nihkudes hõõrub ning infitseerib ümbrust, vaid fikseeritakse karbunklile asetatud marli koos ravimiga kleoli abil. Panariitsiumide puhul tuleb haige saata kohe kirurgi juurde, kes olenevalt haigüsprotsessi ulatusest teeb novokaiin-penitsilliinblokaadi, määrab kiiritusravi või pärast lokaalset tuimastust ning verevoolu tõkestamist tegutseb põhimõttel: «*Ubi pus, ibi evacua*» (kus mäda, sealt lase välja).

Impetigo puhul on soovitatav kasutada järgmise koosseisuga ravimit: *Rp. Rivanoli* 0,2; *Streptocidi* 1,0; *Pasta zinci salicyl. ad* 20,0. Sidet vahetada kord päevas, padjapüüre, käterätte läbi keeta iga päev, kui haigüsprotsess esineb näol — ei tohi nägu pesta ega habet ajada. Soovitatav on süstida penitsilliini.

Väikestele haavadele oleme viimasel ajal hakanud streptotsiidi asemel puistama I. D. Žitnjuki pulbrit (*Sacchari alb.* 60,6; *Streptocidi* 15,0; *Xeroformii* 20,0; *Acid. borici* 5,0 *M. f. pulv. subt.*). Kui haavale on vaja panna klamber, siis enne klambri asetamist puistata haava penitsilliini, et haav esmapingsalt paraneks.

Rööbiti mädanikuliste nahahaigüste vastu võitlemisega peab rakedama abinõusid ka naha seentõbede (dermatomükooside) vältimiseks. Nagu näitab uurimine esineb nahaseeni kollektiivset dušši kasutavate tööliste jalataldadel üle kahe korra rohkem kui töölistel, kes ühist dušši ei kasuta. Sellepärast peab duširuumidele ja tehaste saunadele pühendama enam tähelepanu. Riietusruumides ei tohi olla põrandariideid; kasutada võib kas linoleumi või kummikatet, duššide all asuvaid puureste peab tihti värvima, üleujutuste vältimiseks peab olema ka seebise vee äravool hea; põrandaid, pinke ja pesunõusid tuleb sageli desinfitseerida viieprotsendilise klooramiinilahusega.

Vähemalt kord kuus tuleb uurida tööliste (ja saunapersonali) jalgu (varbavahesid!) *epidermophytia plantarum*'i esinemise suhtes.

Epidermofüütia puhul tuleb kohe alustada ravimist. Esimesel õhtul vannitatakse jalgu kaaliumpermanganaadi nõrga lahusega, kuivatatakse siis hästi varbavahed ja jalatallad ning määratakse jalgu järgmise lahusega: *Rp. Urotropini* 10,0; *Glycerini* 20,0; *Sol. acid. acetic* 8% — 70,0. Pärast seda määratakse jalgu 4 õhtut järjest ilma vannitamata. Ravikuuri korraldab pärast kolme päeva möödumist.

NÕUANNET JURIIDILISTES KÜSIMUSTES

A. Kaldma,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juriskonsult

1. Küsimus: Töötan sünnitusmajas ämmaemandana. NSV Liidu tervishoiu ministri 1958. aasta 10. mai käskkirjaga nr. 236-m on mulle ette nähtud täiendav lisapuhkus 12 tööpäeva. Puhkus on mulle määratud alates 16. oktoobrist. Kas mul on õigus saada käesoleval aastal lisapuhkust 12 tööpäeva?

Vastus: NSV Liidu tervishoiu ministri 1958. aasta 10. mai käskkiri nr. 236-m astus jõusse 15. juunil 1958. a. ega oma tagasiulatuvat jõudu. Kui te läksite puhkusele käesoleva aasta 16. oktoobril, siis oli teil õigus lisapuhkust saada mitte 12 tööpäeva, vaid 4 tööpäeva.

2. Küsimus: Kuidas säilitada töötajale pidev tööstaaž, kui teda ei paigutata ümber kõrgemalseisva tervishoiuorgani käskkirjaga.

Vastus: Töötajat võib üle viia ühest ettevõttest teise, olenemata nende ametkondlikust alluvusest vastavate ettevõtete juhatajate kokkuleppel, kusjuures säilib pidev tööstaaž (Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1957. aasta 1. juuni määrus nr. 181).

3. Küsimus: Kuidas makstakse tasu konsultandi ühekordse väljakutse eest, kui ta konsulteerib mitut haiget, kulutades seejuures aega üle ühe tunni.

Vastus: Kui konsultatsioon vajalikel juhtudel kestab üle tunni, siis võib haigete ühekordseks konsultatsiooniks palutud spetsialistidele maksta tasu kulutatud aja järgi, lähtudes NSV Liidu RKN 1939. aasta 16. oktoobri määrusega kehtestatud tunnitasu määradest.

4. Küsimus: Kas sanitaril on lubatud töötada samas tervishoiuasutuses kohakaasluse alusel?

Vastus: Nooremale meditsiinipersonalile on keelatud pidada kohakaaslust ühes ja samas tervishoiuasutuses.

5. Küsimus: Millise tähtaja jooksul võib veel nõuda ajutise töövõimetuse toetust, kui seda ei saadud õigel ajal?

Vastus: Tähtajaks saamata jäänud ajutise töövõimetuse toetust (kas üldse mitte või osaliselt saamata) võib nõuda ametiühingu organilt mitte hiljem kui 6 kuu jooksul, arvates töövõime taastamise või invaliidisuse kindlaksmääramise päevast. Möödunud aja eest makstakse ajutise töövõimetuse toetust mitte rohkem kui 12 kuu eest.

6. Küsimus: Kas kaugõppe teel õppivatele üliõpilastele säilitatakse töötasu laboratoorsete tööde ja eksamissessiooni ajal, kui viimased toimuvad mitte üheaegselt ja mitmesugusel ajal aastas?

Vastus: Kõrgemate õppeasutuste kaugõppe osakonnas õppivate üliõpilasele, kes edukalt täidab õppeplaane, säilitatakse töötasu oma töökohal arvestuste ja eksamite andmiseks ettenähtud puhkuse ajal igal aastal 30 päevaks. Selleks otstarbeks võib puhkust anda kas korraga 30 päeva või osade kaupa, kuid üldkokkuvõttes mitte üle 30 päeva aastas. (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri 30. juulist 1956. a. TSB-22 nr. 05-16 91.)

7. Küsimus: Kas võib meditsiinitöötajat vallandada haiguse ajal?

Vastus: Töötajat ei ole õigus vallandada haiguse ajal. Vene NFSV Tööseaduste koodeksi § 47-g alusel võib asutuse juhataja töötajat vallandada töötaja töölt eemalejäämise puhul ajutise töövõimetuse tõttu kahe kuu möödumisel.

8. Küsimus: Kellel on õigus saada tasuta hamba- ja silmaproteese?

Vastus: Tasuta hamba-, lõualuu- ja näoproteese valmistatakse personaalpensionäridele, Isamaasõja invaliididele, kellel on näo ja lõualuu vigastused, I. ja II grupi tööinvaliididele, vanaduspensionäridele (NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri 3. juulist 1946. a. nr. 417). Tasuta silmaproteese saavad Isamaasõja invaliidid ja I grupi tööinvaliidid (NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri 5. juulist 1948. a. nr. 338).

9. Küsimus: Kas on õigus saada lisapuhkust hambatehnikuil?

Vastus: Alates 1. novembrist 1957. a. on ette nähtud hambatehnikuil lisapuhkus 6 tööpäeva.

10. Küsimus: Sanatooriumi arst asendas 24 päeva sanatooriumi peaarsti, kes sai personaalpalka. Kas administratsioon on kohustatud arstile palgavahe välja maksuma?

Vastus: Vastavalt Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Sekretariaadi 8. mai 1939. aasta määrusele ühe suuremapalgalise töötaja ajutisel asendamisel teise töötaja poolt tasutakse asendajale ametipalga (mitte personaalpalka) vahe järgmistel tingimustel: a) kui teda ajutiselt asendas töötaja, kes ei ole asendatava koosseisuline asetäitja või abi; b) kui asendamine enne asendamise algust on vormistatud käskkirjaga; c) kui asendamine kestis üle 12 tööpäeva.

11. Küsimus: Lõpetasin 1926. aastal sõjaväevelskrite kursused ja oman sõjaväevelskri kutse. Velskrina olen töötanud 20 aastat. Käesoleval ajal töötan velskripunkti juhatajana, kuid mulle tarifitseeritakse töötasu kui lõpetamata meditsiinilise keskharidusega töötajale.

Vastus: Vastavalt NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu määrusele 14. maist 1939. a. nr. 671 on isikutele, kellel puudub keskmehitsiiniline haridus, keelatud iseseisev ravitöö. Kui aga velskripunkti juhatajaks on määratud lõpetamata keskmehitsiinilise haridusega töötaja, tuleb tema töötasu tarifitseerida NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. aasta 12. augusti määruse nr. 1455 II osa «Keskmeh ja noorem personal» punkt 3 järgi, s. o. nagu lõpetatud meditsiinilise keskharidusega velskrile, punkti juhatajale (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kiri 4. septembrist 1957. a. nr. 281-7/59).

12. Küsimus: Kui kaua aja eest on õigus nõuda töötasu tagantjärele?

Vastus: Töötasu on õigus nõuda kolm kuud tagantjärele.

13. Küsimus: Maajaoskonnahaigla juhataja äraolekul asendas teda velsker 15-aastase staažiga. Kas velskril on õigus saada juhatamistasu 150 rbl., mida sai arst?

Vastus: Velskritele, kes juhivad maajaoskonnahaiglat, tuleb töötasu tarifitseerida kui velskrile iseseisva punkti juhatajale NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. aasta 12. augusti määruse nr. 1455 II osa «Meditsiiniliste asutuste keskmeh ja noorem personal» punkt 3 järgi. Jaoskonnahaigla juhatamise tasu on ette nähtud ainult arstile ning ei kuulu maksmisele velskrile, kes teda ajutiselt asendab.

14. Küsimus: Olen töötanud arst-praktikuna 2 aastat peale ülikooli lõpetamist. Kas ma võin astuda kliinilisse ordinatuuri?

Vastus: Kliinilisse ordinatuuri võetakse vastu võistluse korras kuni 35 aasta (kaasa arvatud) vanuseid arste, kelle praktiline tööstaaž on vähemalt 3 aastat, üksikutel juhtudel aga ka arste meditsiiniliste instituutide lõpetajate hulgast instituudi teadusliku nõukogu soovitusel. Arstidel, kes on vähemalt 3 aastat töötanud väljaspool suuri linnu, eriti maa-arstijaoskonnas, samuti arstidel, keda on autasustatud rinnamärgiga «Eeskujulik tervishoiuala töötaja», on eesõigus kliinilisse ordinatuuri vastuvõtmisel (NSV Liidu tervishoiu ministri 1955. a. 9. augusti käskkirja nr. 178-m lisa nr. 1).

NÕUKOGUDE PUNASE RISTI TÖÖST 40 AASTA JOOKSUL

Sel ajal, kui 1917. a. 7. ja 8. novembri (25. ja 26. oktoobri) ööl langes ülestõusnud Petrogradi tööliste, madruste ja soldatite löökide all viimne Ajutise Valitsuse kants — Talvepalee, tekkisid Petrogradis ka esimesed Proletaarse Punase Risti üksused, kuna Venemaa Punase Risti Selts, kellel Petrogradis olid haiglad ja hospitalid, keeldus haavatud ja haigeid punakaartilasi ravimast.

Esimesed Proletaarse Punase Risti salgad saadeti 7. novembril (25. oktoobril) Talvepalee juurde, Neeva prospektile ja teistesse punktidesse. Nendesse salkadesse kuulusid peamiselt vabrikute naistöölised.

8. novembril (26. oktoobril) alustasid tegevust Proletaarse Punase Risti salgad ka Tsarskoje Seloo, Nikolai, Balti ja Soome vaksalis.

Proletaarse Punase Risti osavõtul organiseeriti Smolnõis esimene nõukogude hospital. Selle abil suudeti korraldada Petrogradi all pealetungivate Kerenski ja Krasnovi jõukude vastu võitleva revolutsioonilise sõjaväe meditsiiniline teenindamine.

Leningradi eeskujul loodi ka Moskvas ja teistes linnades Proletaarse Punase Risti organid. Moskvas võtsid Proletaarse Punase Risti tööst aktiivselt osa arstid Z. P. Solovjov, N. A. Semaško, I. V. Russakov, S. N. Volkonskaja ja L. S. Bogolepova.

Töölisklassi võitlus kontrrevolutsiooni vastu puhkes kogu Venemaal ning Proletaarse Punase Risti abi hakati vajama kõigil rinnetel, kaugel Petrogradist ja Moskvast.

Sellise abi kindlustamiseks saadeti Vene NFSV Rahvakomissaride Nõukogu määrusega 17. jaanuarist 1918. a. endine Venemaa Punase Risti Seltsi Peavalitsus laiali ja selle asemele loodi Punase Risti reorganiseerimise komitee, kellele tehti ülesandeks välja töötada Punase Risti ümberkujunduse plaan uutel, nõukogulikel põhimõtetel.

18. veebruaril 1918. a. rikkus Saksamaa vaherahu tingimusi ja andis käsu pealetungiks kogu rindel. Sakslaste pealetungi eesmärgiks oli hävitada Suure Sotsialistliku Oktoobrerevolutsiooni saavutused, ähvardades otseselt revolutsiooni hälli — Petrogradi. Kohe samal ajal tuli Petrogradis kokku ka I Ülevenemaaline Punase Risti töötajate kongress, kuhu kuulus 140 delegaati. Kongressi tööst võttis osa kuulus neuropatoloog professor V. M. Behterev.

Kongress mõistis hukka laialisaadetud Venemaa Punase Risti Seltsi nõukogudevastase tegevuse ja valis uue 12-liikmelise Punase Risti Kesknõukogu. Hakati viivitamatult organiseerima töölisi ja meditsiinitöötajaid, kes suunati koos Punarmee ja töölistesalkadega Narva ning Pihkva alla, kus 23. veebruaril 1918. a. anti Saks armeele purustav vastulöök ja tema edasitung pandi seisma.

2. juunil 1918. a. avaldati Rahvakomissaride Nõukogu määrus V. I. Lenini allkirjaga, mis kinnitas veel kord, et Nõukogude valitsus tunnustab Genfi konventsiooni. See tehti teatavaks ka Rahvusvahelisele Punase Risti Komiteele. Ühtlasi tehti Nõukogude Punasele Ristile ülesandeks rakendada kogu oma energia ja käsutuses olevad vahendid Vene sõjavangide tagasitoomise organiseerimiseks Saksamaalt, Austria-Ungarist ja Türgist, samuti ka nende maade sõjavangide suunamiseks kodumaale.

Varsti pärast Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomist andis Nõukogude valitsus 7. augustil 1918. a. välja uue dekree di V. I. Lenini allkirjaga Venemaa Punase Risti Seltsi kohta. Dekreet määratles Nõukogude Punase Risti ülesanded ja tegevuse iseloomu. Seal oli öeldud:

«Vastavalt Tervishoiu Rahvakomissariaadi ettekandele tunnistas Rahvakomissaride Nõukogu vajalikuks kinnitada, et ta omistab suurt tähtsust Venemaa Punase Risti Seltsi tegevuse pidevale jätkamisele järgmistel vastavatest rahvusvahelistest aktidest tulenevatel üldistel alustel:

1. Venemaa Punase Risti Selts tegutseb 1864. a. Genfi konventsiooni ja teiste seda täiendavate konventsioonide põhjal. Ta kuulub Punase Risti Rahvusvahelisse Liitu ja on vahetult ühenduses teiste riikide samasuguste seltsidega.

2. Venemaa Punase Risti Selts kasutab vabariigi kõrgemate valitsusasutuste kaitset.

3. Sõja ja rahvuslike õnnetuste puhul abistab Venemaa Punase Risti Selts kõigi tema käsutuses olevate vahenditega riigi ravi- ja sanitaarorganeid abi organiseerimisel haavatutele, haigetele ja sõjavangidele, samuti ka õnnetuse läbi kannatada saanud elanikkonnale».

Algas uus ajajärk Nõukogude Punase Risti Seltsi tegevuses. Venemaa Punase Risti Selts muutus uueks, tõeliselt massiliseks ühiskondlikuks organisatsiooniks.

20. novembril 1918. a. toimus Moskvas esimene Venemaa Punase Risti Seltsi liikmete üldkoosolek, kus võeti vastu uus põhikiri ja märgiti põhilised teed seltsi arendamiseks. Seda päeva tähistataksegi Nõukogude Punase Risti asutamispäevana.

Sellela langes Nõukogude Punase Risti tegevuse algus ühte välismaise sõjalise interventsiooni ja kodusõja kõige raskemate aastatega. Nõukogude ühiskondliku aktiivi laialdasel osavõtul organiseeris Venemaa Punane Rist kodusõja rinnetel hospitalide, sanitaarronge, epideemiatarbe ja sidumissalku, evakueeritute vastuvõtu- ja toitluspunkte, saunronge, pesumaju jne. Üldse organiseeris Punane Rist üle 400 sanitaarasutuse.

Nõukogude Punase Risti meditsiinilisel personalil oli rinnetel raskeid kaotusi. Paljud arstid, velskrid, õed ja sanitarid hukkusid oma ülesannete täitmisel, kuid kõigi nende tegusid kroonis ajalooline võit.

Pärast seda suunas Nõukogude Punane Rist oma jõupingutused ravi-, profülaktikalistide ja sanitaarkaitse ürituste teostamisele. Seltsi tegevus suundus tervishoiuorganitele ühiskondliku abi organiseerimisele tervishoiuvõrgu taastamisel ja laiendamisel, võitlusele sotsiaalsete haigustega, mis olid säilinud revolutsioonielsetest aegadest. Kogu maal loodi ravi- ja profülaktikaasutusi võitluseks tuberkuloosi, suguhaiguste, trahhoomi, malaaria ja teiste nakkushaigustega.

Seoses Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liidu loomisega 1922. aastal, kujuenesid 1925. a. alguseks välja peale Ukraina NSV veel ka Valgevene NSV, Armeenias NSV ja Gruusia NSV Punase Risti ning Aserbaidžani NSV ja Usbeki NSV Punase Poolkuu seltsid. Arvesse võttes nende liiduvabariikide Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside ülesannete ja tegevuspõhimõtete ühtsust, kerkis üles nende seltside liidu loomise küsimus. 1. septembril 1925. a. kinnitaski Rahvakomissaride Nõukogu NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu põhikirja. Liidu liikmeks olevad rahvuslikud Punase Risti või Punase Poolkuu organisatsioonid säilitavad oma vabariikide seaduste järgi täieliku iseseisvuse oma sisemise organisatsiooni ja tegevuse alal.

Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside I üleliiduline kongress toimus 1932. a. Selleks momendiks oli nendes seltsides liikmeid juba üle 4,5 miljoni, kaasa arvatud ka 1930. aastal Liitu astunud Turkmeeni ja Tadžiki Punase Poolkuu seltside liikmed.

Kolmekümnendate aastate algul hakati tööstusettevõtetes, kolhoosides, asutustes ja koolides looma sanitaarposte, kes hakkasid kohapeal teostama pidevat sanitaarjärelevalvet ning andsid esmaabi traumajuhtumite puhul otse töökohal.

1934. a. algas elanikkonna massiline ettevalmistamine «Valmis sanitaarkaitseks» (VSK) programmi järgi ning nooremate õpilaste ettevalmistamine «Ole valmis sanitaarkaitseks» (OVSK) programmi järgi.

1936. a. astusid NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liitu uuestiloodud Kasahhi ja Kirgiisi NSV Punase Risti seltsid.

1938. a. suvel, mil jaapani maadevallutajad püüdsid rikkuda NSV Liidu riigipiire Hassani järve juures, pandi elanikkonna sanitaarkaitseks valmisolek proovile. Hassani järve lähistel toimunud võitlusest osavõtjad märkisid suurima tänutundega Nõukogude armee haavatud võitlejatele abi andnud sanitaarsalkade suurepärase tööd. Kangelaslikult käitusid Nõukogude Punase Risti ja Punase Poolkuu aktivistid ka 1939. a. lahingutes Halhin-holi jõe rajoonis, kus meie väed abistasid sõbralikk Mongooliat võitluses jaapani imperialistidega, ning Karjala maakitsusel võitluses valgesoomlastega.

1940. a. astusid NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liitu Läti, Leedu, Eesti, Karjala Soome ja Moldaavia NSV Punase Risti seltsid.

Fašistliku Saksamaa reeturlik kallaletung Nõukogude Liidule 22. juunil 1941. a. katkestas nõukogude rahva rahuliku ülesehitustöö ning Nõukogude Punase Risti organisatsioonid suunasid oma töö Nõukogude armee sanitaarteenistuse abistamiseks. Tuhanded Punase Risti seltside poolt ettevalmistatud meditsiiniõed, sanitaarsalkklased ja sanitarid siirdusid rindele. Suur töö ootas Punase Risti aktiviste ka tagalas. Nad organiseerisid pesemispunkte sõjaväeosadele, teenindasid sanitaarronge, aitasid haiglate ja hospitalide meditsiinipersonalil põetada haavatuid ja haigeid ning organiseerida neile kultuurilist meelelahutust.

Punase Risti aktiivsel kaasabil loodi ka doonorite kaadri reserv. Nõukogude Armee sanitaarteenistus sai verd häireteta ning küllaldasest koguses. Sõja lõpul oli Punase Risti ja Punase Poolkuu seltsides arvel üle 500 000 doonori.

Sõja ajal tõusis liikmete arv Punase Risti organisatsioonides järsult, ulatudes 1. jaanuariks 1945. a. 10 miljonini. Sõja-aastatel valmistati ette üle 23 miljoni VSK-märklase.

Pärast Suure Isamaasõja lõppu kerkisid Nõukogude Punase Risti ette suured vastutavad ülesanded — abistada tervishoiuorganeid sõja tagajärgede likvideerimisel. Seltside organisatsioonid tugevdasid tööd sõja ajal halvenenud tervishoiuolude parandamiseks tööstuses ja elukonnas.

Juba 1944. aastal tegid Nõukogude Punase Risti sanitaar-epidemioloogia salgad

suure töö nakkuskollete likvideerimisel fašistide okupatsioonist vabastatud rajoonides.

Massilisteks sanitaartervistavateks üritusteks rakendati kohapeal kõik sanitaarpostid ja sanitaarsalgad. Uue hooga jätkati elanikkonna sanitaaralast ettevalmistamist. Edukalt jätkusid ka meditsiiniõdede ettevalmistamise kursused.

1949. a. toimus üleliiduline Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside liikmete ümberregistreerimine, mis täpsustas nende tegelikku arvu ja tugevdas algorganisatsioone. 1. jaanuariks 1950. a. oli seltsidel 279 400 algorganisatsiooni ja 14,5 miljonit liiget. Tublisti oli paranenud seltside töö maal. Punase Risti algorganisatsioonide arv kolhoosides, sovhoosides ja masina-traktorijaamades oli märgatavalt tõusnud. Ühtlasi oli paranenud ka agitatsioonitöö. Seltside komiteed olid hakanud erilist rõhku panema sanitaarpostide ülemate ettevalmistamisele. Suurenes ka erialase aktiivi ettevalmistus tuberkuloosi, vähktõve ja malaaria tõrjeks.

Suure poliitilise ja tööalase tõusu olukorras toimus 1954. a. detsembrikuus Moskvas NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside III üleliiduline kongress. Kongress märkis, et vastavalt NLKP XIX kongressi otsustele on Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside organisatsioonid teinud tähelepanuväärivat tööd massiliste sanitaar-profülaktiliste ürituste, elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmise ja NSV Liidu sanitaarkaitse tugevdamise alal. Nõukogude Punase Risti ja Punase Poolkuu organisatsioonid on aktiivselt võidelnud rahu eest, aatomirelva ja teiste massiliste hävitamisvahendite keelamise eest, kusjuures nad on tugevdanud sidemeid NSV Liidule sõbralike maade Punase Risti organisatsioonidega.

Oma aruandekõnes tõi NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee esimese professor G. A. Miterev suure hulga näiteid, kuidas Punase Risti ja Punase Poolkuu sanitaarpostide, sanitaarsalkade ja ühiskondlike sanitaarvolinike aktiivse tegevuse tagajärjel on vähenenud tööliste ja kolhoosnike haigestumus, on paranenud kolhooside, sovhooside, masina-traktorijaamade ja tööstusettevõtete sanitaarne seisund.

Sanitaartervistava töö alal esitas kongress järgmised ülesanded: tugevdada elanikkonna ettevalmistust sanitaarkaitse programmide järgi; luua sanitaarpostid kõigis tööstusettevõtteis, kolhooside, sovhooside, masina-traktorijaamade brigaadides ja farmides, samuti koolides, õppeasutustes ja elamusektoris, eraldada sanitaarvolinikke tervishoiuorganite abistamiseks; jätkata elanikkonna värbamist doonorite ridadesse ühise plaani alusel tervishoiuorganitega; kindlustada hästi ettevalmistatud meditsiiniõdede väljalase tervishoiuasutuste kaadri täiendamiseks.

Praegu on Nõukogude Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu organisatsiooni-desse koondunud üle 25 miljoni inimese.

*

Nõukogude Liidu aktiivne osavõtt rahvusvaheliste juhtivate Punase Risti organisatsioonide tööst on muutnud nende organite tegevuse palju progressivsemaks. Pärast Teise maailmasõja lõppu tõstis Nõukogude Punane Rist esimesena üles küsimuse Punase Risti organisatsioonide laialdase ja aktiivse osavõtu kohta võitlusest rahu eest. Ta taotleb rahvusvahelisel areenil koos Hiina Rahvavabariigi ja teiste sotsialistlike maade Punase Risti seltsidega järjekindlat konkreetsete abinõude tarvituselevõtmist Punase Risti organite poolt rahu kaitseks.

P. Rattus

ÜLEMAAILMNE TERVISHOIU ORGANISATSIOON

Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon tekkis 1948. aastal sajandeid kestnud püüdluste tagajärjel vältida haiguste levimist ühelt kontinendilt teisele ja luua rahvusvaheline koostöö tervishoiuküsimustes.

Arstiteadust kasutati kõige vanema tsivilisatsiooni ajastul ainult üksikute isikute kannatuste leevendamiseks. Ühiskondliku iseloomu omandas meditsiin esimeste haiglate tekkimisega enam kui tuhat aastat enne meie ajaarvamist.

Kohutatud katku ja koolera epideemiatest keskajal ja hiljem, püüdsid terved inimesed end kaitsta sanitaarbarjääride loomisega oma piirkonnas, isoleerides infitseeritud linnu ja külasid, luues karantiinijaamu, vältides laevu, millele pardal olid haiged, keelates neil sissesõidu sadamaisse ja karistades surmanuhtlusega karantiinireegleist ülestajaid.

1851. aastal toimus Pariisis esimene rahvusvaheline sanitaaralane konverents, kus püüti välja töötada rahvusvahelisi seadusi elanike kaitseks eriti ohtlike nakkuste eest, kuid alles 1892. aastal kirjutasiid 14 Euroopa riiki alla esimesele rahvusvahelisele konventsioonile, millega kehtestati ranged reeglid koolera leviku vältimiseks. Enamiku eriti ohtlike nakkushaiguste (katk, koolera, kollapalavik) levikuteede ja vältimisvahendite avastamine 19. sajandi lõpul lõi uued võimalused rahvusvaheliseks koostööks tervishoiu alal.

1902. aastal loodi Washingtonis Pan-Ameerika sanitaarbüroo ja 1907. aastal Pariisis ühiskondliku hügieeni rahvusvaheline büroo, mille ülesandeks oli informatsioon eriti ohtlike nakkushaiguste puhangute kohta ning rahvusvaheliste sanitaaralaste reeglite täitmine. 1920. aastal, kui pärast esimest maailmasõda kohati puhkesid tüüfuse- ja kooleraepideemiad, lõi Rahvaste Liit esmalt epideemiatõrje komisjoni, hiljem aga Tervishoiu Organisatsiooni, mis tegeles mitte ainult haigestumuse põhiprobleemidega, vaid ka toitumise ja elamuehituse ning ravimite standardiseerimise probleemide uurimisega. Pärast Teist maailmasõda, kui San-Franciscos 1945. aastal loodi Ühinenud Rahvaste Organisatsioon, tegi Brasiilia ettepaneku viia tervishoid ÜRO põhikirja. Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon (ÜTO) loodi järgmisel aastal. Ta võttis üle endiste rahvusvaheliste tervishoiuorganisatsioonide (Ühiskondliku Hügieeni Rahvusvahelise Büroo, Rahvaste Liidu Tervishoiu Organisatsiooni, Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni tervishoiuosakonna) töö.

ÜTO töö põhiprintsiibid on põhikirjas väljendatud järgmiselt: «Kõigi rahvaste tervis on rahu ja julgeoleku kindlustamise põhifaktoriks. Igal inimesel on õigus heale tervisele, sõltumata rassist, usust, poliitilistest veendumustest, majanduslikust ning sotsiaalsest olukorrast. Tervis on täielik füüsiline, psüühiline ja sotsiaalne heaolu, aga mitte ainult haiguste ja füüsiliste defektide puudumine.»

ÜTO kompetents on määratud volitustes, mis on kinnitatud seni 88 liikmesriigi poolt ratifitseeritud põhikirjas. Selle organisatsiooni juurde kuuluvad nn. regionaalsed komiteed, mille tööplaanid kinnitatakse igal aastal vastava komitee istungil, millest võtavad osa kõigi vastavasse regiooni kuuluvate riikide esindajad. Selliseid regionaalseid komiteesid on kuus.

Regioonid on kindlaks määratud neisse kuuluvate maade geograafilise kuuluvuse põhjal.

Regionaalsete komiteede istungitel esitavad liikmesriigid oma taotlused abi saamiseks sellistes tervishoiualastes küsimustes, mis nõuavad rahvusvahelist koostööd. ÜTO regionaalsed direktorid, kes vastutavad töö eest oma rajoonides, koguvad need andmed kokku ja teatavad neist ÜTO staapi.

ÜTO peadirektor Genfis ühendab kõik regionaalsed plaanid ühiseks ÜTO tegevusplaaniks ja koostab selle täitmiseks vajaliku eelarve. Selliselt koostatud tööplaan arutatakse läbi ÜTO Täitevkomitees, kuhu kuulub 18 rahvusvahelist tervishoiueksperti, kes on küll määratud valitsuste poolt, kuid ei esinda neid. Pärast peadirektori ettepanekute läbiarutamist Täitevkomitees, suunatakse need läbivaatamiseks iga-aastasele Tervishoiu Assambleele, kus neid omakorda uurivad ÜTO 88 liikmesriigi esindajad, teevad vajalikke parandusi ning kinnitavad ÜTO tööplaanid järgnevat aastaks koos vastava eelarvega (1958. a. eelarve on 13,5 miljonit dollarit).

ÜTO võib abistada riike järgmistes küsimustes: rahvusliku tervishoiusüsteemi tugevdamine, epidemioloogiliste ja statistiliste teenistuste loomine, võitlus epideemiliste ja endeemiliste haigustega, emade- ja lastekaitse, psühhohügieeni kindlustamine ja ravi- ning profülaktiliste tingimuste parandamine. Ühtlasi abistavad liikmesriike ka ÜTO tehnilised asutused (epidemioloogilise olukorra uurimine, rahvusvaheline karantiin, rahvusvaheline sanitaar-statistika, rahvusvaheline ravivahendite standardiseerimine, tehnilised publikatsioonid).

ÜTO igapäevast jooksvat tööd (tehniline ja administratiivne) teevad sekretariaat ja regionaalsed komiteed, kus töötab 850 inimest 55 rahvusest. Sekretariaat ja ÜTO staap asub Genfis. Regionaalsed komiteed asuvad mitmesugustes riikides ja kontinentidel.

Üheks ÜTO tähtsaimaks saavutuseks on «Rahvusvaheliste sanitaareeskirjade» vastuvõtmine 1952. a., mis asendavad 13 vananenud konventsiooni. Need eeskirjad on kehtivad kogu maailma maismaa-, vee- ja õhutranspordi kohta. Nad kindlustavad maksimaalse kaitse epideemiade vastu minimaalse vahelesegamisega rahvusvahelisse transporti. Epidemioloogilise olukorra uurimisega tegelev teenistus kogub andmeid eriti ohtlike infektsioonide tekkimise kohta ükskõik millises maakera osas ja annab selle kohta iga päev informatsiooni rahvusvahelise raadiovõrgu kaudu tervishoiuorganitele, sadamatesse, lennuväljadele ja reisil viibivatele laevadele. Rahvusvaheline sanitaaralane seadusandlus, mis on vastu võetud ÜTO Assamblee poolt, kindlustab haigestumuse ja surma põhjuste registreerimise ühtsuse, mis võimaldab täpsemalt hinnata tervishoiualast seisukorda ja seega rakendada tõhusamaid abinõusid ühiskondliku tervishoiu alal. ÜTO poolt kehtestatud nomenklatuur sisaldab 999 haiguste, traumade ja surmapõhjuste nimetust.

Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon on välja andnud ka esimese rahvusvahelise farmakopöa. Ta võtab osa rahvusvahelisest liikumisest võitluses narkotismiga ja teostab uurimusi alkoholi ning uute sünteetiliste ravimite alal, mis võivad tekitada narkomaaniat.

Liikmesriigid kohustasid ÜTO organisatsiooni uurima aatomienergia kasutamisega seotud probleeme. Radioaktiivsete ainete jätmed, kui neid hoolikalt ei eemaldata, võivad tekitada õhu, pinnase ning vee ohtlikku saastumist ning kiiritus võib mõjuda kahjulikult elanikkonna pärilikkusele.

Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsiooni kohustati kaitseks selle ohu vastu koguma informatsiooni, kutsuma kokku ekspertide nõupidamine ja andma nõu valitsustele ning tervishoiuorganisatsioonidele, mis nad koos aatomitööstusega pea-

vad ette võtma selleks, et inimeste elutingimuste parandamiseks määratud teaduse saavutused ei ohustaks nende tervist.

ÜTO ülesandeks on suurendada meditsiinitöötajate hulka ja tõsta nende tööalast kvalifikatsiooni. Selleks otstarbeks on asutatud ligi 7000 rahvusvahelist stipendiumi, mida kasutavad praegu 70 maa tervishoiutöötajad. ÜTO suunab tervishoiutöötajate õppekomanderinguid, saadab kohtadele õpetlaste brigaade, loob õppekeskusi anestesioloogia ja teiste meditsiiniliste distsipliinide alal, organiseerib teaduslikke kongresse ja rahvusvahelisi konverentse mitmesuguste tervishoiuprobleemide arutamiseks.

1955. a. võttis ÜTO Assamblee vastu otsuse laialdase rahvusvahelise kampaania läbiviimisest malaaria likvideerimiseks.

Tuberkuloositõrjeks viiakse läbi kampaaniaid vaksineerimiseks BCG vaktsiiniga. 1957. a. juunikuu lõpul teostati valitsuste ja ÜTO ühiste jõupingutustega tuberkuliiniproovid 179 miljonil inimesel. Peale selle vaksineeriti 66 miljonit inimest. Kopenhaagenis on asutatud tuberkuloosi teadusliku uurimise büroo, mis analüüsib massilise tuberkuloosivastase vaksineerimise andmeid. Samuti võetakse osa tähtsatest uurimustest uute tuberkuloosivastaste ravimite alal.

Rahvusvaheline gripikeskus Londonis juhib laboratooriumide võrku 45-l maal. Samasugune laboratooriumide võrk on loodud ka võitluseks poliomieliidi vastu. Brutselloosiga ja taastuva tüüfusega tegeleb 14 ÜTO laboratooriumi.

Paljudes maades on tõsiseks probleemiks imikute alatoitumus pärast rinnast võõrutamist, mis tekib eriti valguvaeguse tagajärjel. Ka seda probleemi uuritakse ja püütakse rakendada tõhusaid abinõusid selle vältimiseks.

ÜTO sihiks on psühhohügieeni lülitamine ühiskondliku tervishoiu plaanidesse. Inimeste tervise kaitse huvides võideldakse ka psüühiliste haiguste ja alkoholismiga.

ÜTO poolt on avaldatud suurt tähtsust omavaid uurimistöid, mis käsitlevad emahoolitsuse puudumise tagajärgi lapse psüühikale, noorsoo kuritegevust ning alkoholismi mitmesuguseid vorme.

Rahvusvahelise Töö Organisatsiooniga peab ÜTO sidet tervishoiuteenistuse, haiglate organiseerimise ja meditsiinilise teenindamise, füüsiliste defektidega inimeste töövõime taastamise, meremeeste tervishoiuteenistuse jt. küsimustes.

ÜTO tööplaanidesse kuulub ka keskkonna tervistamine, mis hõlmab jäätmete ja prügi eemaldamist, kvaliteetse veega varustamist, piima ja teiste toitude hügieeni, putukate ja näriliste tõrjet, elamuehitust jt. küsimusi.

Töö paremaks organiseerimiseks on loodud regionaalsete komiteede juurde Aafrikas, Kagu-Aasias, Euroopas, Vahemere idaosas ja Vaikse ookeani lääneosas vastavad bürood.

Aafrika regionaalbüroo asetseb Brazzaville'is (Ekvatoriaal-Aafrikas). See ala on asustatud 160 miljoni inimesega ning tervishoiualasteks põhiprobleemideks on seal toitumine, lepra, framböösia ja malaaria.

Pan-Ameerika sanitaarbüroo tegutseb üheaegselt ÜTO Ameerika regionaalbürooga, mis asetseb Washingtonis. Rajoonis on 326 miljonit inimest ja põhiprobleemideks on tervishoiuteenistuse tugevdamine, kaadrite ettevalmistamine, malaaria ning kollapalavik.

Kagu-Aasia regionaalbüroo asub New-Delhis (Indias). Selles 500-miljonilise elanikkonnaga rajoonis on põhiprobleemideks tervishoiuteenistuse tugevdamine, malaaria, framböösia, tuberkuloos.

Euroopa regionaalbüroo asub Kopenhaagenis. Selles rajoonis on 610 miljonit inimest. Põhiprobleemideks on profülaktilise teenistuse parandamine, kroonilised haigused ja psüühilised haigused.

Vahemere idaosas regionaalbüroo on Aleksandrias. Elanikke on selles piirkonnas 167 miljonit. Põhiprobleemideks on tervishoiuteenistuse tugevdamine, kaadrite ettevalmistamine, malaaria, tuberkuloos ja trahhoom.

Vaikse ookeani lääneosas on 633 miljonit elanikku. ÜTO regionaalbüroo asub Manilas (Filipiinid). Põhiprobleemideks selles rajoonis on: sanitaarteenistuse parandamine, tervishoiutöötajate ettevalmistamine ja nakkushaigused.

Vastavalt oma põhikirjale on ÜTO «suunav ja koordineeriv organ rahvusvahelises tervishoiutöös», kelle ülesandeks on rahvaste tervishoiu taseme tõstmine.

ÜTO tööst võtavad aktiivselt osa NSV Liidu eksperdid koos Ukraina NSV ja Valge-Vene NSV esindajatega.

29. juulil 1958. a. andis NSV Liidu tervishoiu minister välja käskkirja nr. 365 Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni ekspertide nõupidamise kokkukutsumise kohta liiduvabariikide esindajate osavõtul. Igast vabariigist tuleb nõupidamisele 1–2 esindajat. Nõupidamisel arutatakse ÜTO töösse puutuvaid küsimusi, eesmärgil süvendada riikidevahelist tervishoiualast koostööd.

H. Ristlaan

ESIMENE ÜLELIIDULINE KONVERENTS VIBRATSIOONIVASTASE VOITLUSE KÜSIMUSTES

3.—7. juulini k. a. toimus Leningradis esimene üleliiduline konverents vibratsioonivastase võitluse küsimustes. Konverentsist võttis osa üle 350 delegaadi.

Konverents käsitles järgmisi küsimusi: 1) vibratsioonitõbi, 2) madala sagedusega vibratsiooni ja tagasitõuke hügieeniline iseloomustus, 3) kõrge sagedusega vibratsiooni hügieeniline tähtsus, 4) üldvibratsioon.

Konverentsi avas NSV Liidu Riikliku Peasanitaarinspektori asetäitja J. D. Lebedev, kes märkis, et rahvamajanduses kasutatakse üha enam mitmesuguseid vibratsiooni tekitavaid instrumente ja seadmeid. Seoses sellega tuleb pöörata erilist tähelepanu töötajail tekkivate vibratsioonikahjustuste diagnostika, ravi ja profülaktika küsimustele ning sellega seotud meditsiinilis-tehnilistele abinõudele.

Professor J. T. Andrejeva-Galanina rõhutas oma ettekandes, et vibratsioon on üks keerulisemaid inimorganismile mõjuvaid välistegureid. Organismile mõjuva vibratsiooni sagedusele, amplituudile ja nn. tagasitõukele vastab organism erinevate elundkondade reaktsiooniga.

Professor A. V. Grinberg käsitles pikaajalise vibratsiooni mõjul tekkinud luu- ja liigeseaparaadi röntgenoloogilisi muutusi.

Rida ettekandeid oli pühendatud lokaalse vibratsiooni mõjul tekkiva vibratsioonitõve iseärasustele mitmesuguste vibreerivate instrumentidega töötajail ning vibreerivate instrumentide hügieenilisele hinnangule.

Viimasel ajal on seoses uute tehniliste seadmete levikuga (näiteks betooni vibratsioonitihendamisel) muutunud aktuaalseks küsimus üldvibratsiooni mõjust inimorganismile. Seepärast pakkusid erilist huvi ettekanded, mis käsitlesid üldvibratsiooni mõjul tekkiva vibratsioonitõve kliinilise pildi iseärasusi ning selle kahjustuse vältimise võimalusi. Üldvibratsiooni mõjul tekkiva vibratsioonitõve vormi omapäraks on peamiselt kesknärvisüsteemi kahjustus. Rida töid oli pühendatud organismi erinevate elundkondade ja analüsaatorite seisundi uurimisele seoses üldvibratsiooni toimega.

Rohkesti esitati ettekandeid vibratsioonivastase võitluse ning vastavate hügieenilis-tehniliste ürituste alalt.

Üldse kuulati konverentsil 40 ettekannet, millele järgnesid elavad sõnavõttud. Tõsteti üles vajadus välja töötada lubatava üldvibratsiooni orienteeruvad normid ja vibratsioonile allutatud töötajate töökorralduse küsimus, rõhutati vajadust laiendada vibratsioonialaseid uurimistöid nii meditsiinilises kui ka tehnilises profiilis ning seostada need igapäevaste nõuetega. Võeti vastu üksikasjaline resolutsioon, milles peegeldusid konverentsi töö tulemused.

B. Schamardin

MULJEID V ÜLELIIDULISELT OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONGRESSILT

7. kuni 12. juulini 1958. a. toimus Leningradis V üleliiduline otorinolarüngoloogide kongress. Kongressist võttis osa üle 500 delegaadi ning 700 külalise kõikidest liiduvabariikidest ja 21 delegaati välisriikidest. Eesti NSV oli esindatud 9 delegaadiga Tallinnast, Tartust ja Pärnust, kelledest enamuse esines ettekannetega kõrivähja ravi (E. Siirde, A. Alev), krooniliste keskkõrvapõletikkude tuberkuloosse etioloogia (S. Sibul) ja audiomeetria (V. Särgava, A. Luts) küsimustes.

Kongressi avas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi liige F. Sahharov. Kongressi presiidumi, mis oli 60-liikmeline, kuulus ka Eesti NSV peatorinolarüngoloog dotsent E. Siirde.

Kongressi päevakorras olid järgmised küsimused: 1. Tänapäeva seisukohad kõrva füsioloogias ja patofüsioloogias. 2. Krooniliste mädaste otiitide kliinik ja ravi. 3. Võitlus angiinidega ja ägedate ülemiste hingamisteede katarridega. 4. Pahaloomuliste kasvajate diagnostika ja ravi otorinolarüngoloogias.

Tuleb märkida, et eelmine kongress toimus 23 aastat tagasi. Selle aja jooksul on otorinolarüngoloogia NSV Liidus palju arenenud. Nii esitati korraldavale komiteele üle 300 ettekande, milledest kongressi kavasse võeti 176 referaati. Huvitavad olid ka mitme väljapaistva välismaa teadlase (ameeriklane Rosen, prantslane Portman, sakslane Wulstein jt.) ettekanded.

Esimesel kolmel päeval toimusid plenaaristungid, kus kuulati ära põhiettekan- ded. Viimased avaldati trükituna juba enne kongressi avamist ja ettekandjale lubati ainult 15 minutit. Aja kokkuhoiu tõttu oli võimalik rohkem ettekandeid ära kuulata.

Ülejäänud kolmel päeval toimus kongressi töö vastavalt ülalmainitud neljale probleemile sektiioonides, kusjuures ettekandjale anti ainult 10 minutit. Kõikide ettekannete kohta avaldati teesid.

Kongressil demonstreeriti üle 13 nii kodu- kui välismaise värvilise filmi uusima- test operatsioonimeetoditest kõrva-nina-kurguhaiguste alal.

Kongressi ajal oli organiseeritud ka näitus uusimate meditsiinialaste instrumen- tide, diagnostika ja ravimeetodite alal.

A. Luts

NSV LIIDU MEDITSIIINITEADUSTE AKADEEMIA XII SESSIOONILT

1958. a. aprillis toimus Minskis NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia üld- kogu XII sessioon, kus arutati arstiteadusliku uurimistöö plaani seoses rahvamajan- duse arendamise seitsme aasta plaaniga aastatel 1959—1965.

Ajavahemikul 1959.—1965. a. kavatakse hakata välja andma järgmisi uusi arstiteaduslikke ajakirju: «Eksperimentaalne morfoloogia», «Nõukogude vitamino- loogia», «Kardioloogia küsimused», «Gastroenteroloogia», «Reumatismi küsimused», «Torakaalkirurgia küsimused», «Gerontoloogia», «Arstiteaduse ajaloo küsimused», «Anestesioloogia», «Immunoloogia küsimused». Mitmete arstiteaduslike ajakirjade mahtu ja ilnumissagedust suurendatakse.

3—5 aasta järel otsustati välja anda raamat NSV Liidu ja välismaa arstiteaduse iga distsipliini saavutuste ja arenemise kohta. Raamatu peab koostama vastav proble- meemikomisjon.

Pärilikkuse probleem ei ole seni leidnud küllaldast valgustamist. Peeti otstar- bekohaseks korraldada pärilike haiguste uurimist Moskvas, Leningradis, Kiievis, Minskis, Tbilisis, luua Tervishoiu Organisatsiooni Instituudi juures statistiline büroo ja töötada välja meetodilised juhendid pärilike haiguste uurimiseks. Kavatakse avada pärilikkuse ja radiobioloogia laboratooriumid NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Eksperimentaalse Bioloogia Instituudi ja Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi (Leningradis) juures.

Erilist tähelepanu pööratakse laste ägedate nakkushaiguste probleemile. Otsus- tati luua laste nakkushaiguste kliinikute juurde hästi varustatud virusoloogilised laboratooriumid; varustada kõik rajoonide laboratooriumid polikliinikute juures täius- like vahenditega läkaköha varajaseks diagnoosimiseks; avada laste nakkushaiguste kliinikute juures sanatoorsed osakonnad rekonvaletsentidele pärast teatud ägedate nakkushaiguste põdemist.

Otsustati asutada mitu instituuti, mis kindlustaksid poliomüeliidivastase vakt- siini valmistamise vastavalt vajadustele ja organiseerida virusoloogiliste laborato- oriumide võrk, mis on varustatud kõige vajalikuga poliomüeliidi diagnoosimiseks.

Hüpertooniatõve, ateroskleroosi ja koronaarse puudulikkuse probleemi uurimi- seks otsustati laiendada NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Teraapia Insti- tuuti. Peale selle otsustati tugevdada keemilis-farmatseutiliste instituutide tööd hüpertooniatõve ravimiseks uute vahendite otsimisel. Parandada farmatseutilise töös- tuse tööd uute ravivahendite väljalaskmise alal, erilist tähelepanu pöörata hüpoten- siivse ja veresooni laiendava toimega ainetele, nagu rauwolfiapreparaadid või nende asendajad pentamiin, heksoonium, heksonaat, eufülliin jt.

Seedeelundite füsioloogia ja patoloogia, haavanditõve ning maksahaiguste uuri- miseks avatakse NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia juures gastroenteroloogia kliinik. Kliinikute juurde, kus antud probleemi uuritakse, asutatakse kabinetid haav- anditõvehaigete dispanseerimiseks, luuakse spetsiaalsed polikliinikud koos ravitoit- lustamise näidissööklatega seedeelundite haigusi põdevatele haigetele.

Reumatismi ja liigesehaiguste uurimiseks organiseeritakse Moskvas reumatismi ja liigesehaiguste uurimise instituut.

Uurimistööks tuberkuloosi alal laiendatakse olemasolevate instituutide võrku. Suurendatakse tuberkuloosivastaste ravimite, nagu ftivasiidi, streptomütsiini ja PAS'i tootmist ning pööratakse tähelepanu uute preparaatide otsingutele.

Pahaloomuliste kasvajate uurimiseks luuakse kahe olemasoleva Meditsiinitea- duste Akadeemia onkoloogia instituudi baasil onkoloogia uurimise instituudid. Igas liiduvabariigis, oblastis ja krais organiseeritakse spetsiaalsed kvalifitseeritud tsüto- morfoloogilised laboratooriumid vähi varajaseks diagnoosimiseks ning töötatakse välja uus kasvajate kliinilis-morfoloogiline klassifikatsioon.

Luuakse ka spetsiaalne keemialaboratoorium uute vähivastaste preparaatide väljatöötamiseks.

Halvatuste ja kõnehäirete ravimiseks luuakse taastamisasutuste võrk, kus toi- mub vajaduse korral ka haigete ümberspetsialiseerumine. Sellised asutused luuakse Vene NFSV-s, Ukrainas, Kesk-Aasia vabariikides ja Baltimaades.

Üldse sisaldab sessioonil arutatud 7-aasta plaani projekt 46 tähtsat arstitea- duslikku probleemi endise 24 probleemi asemel.

H. Roots

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIL

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi algatusel kontrolliti meie vabariigi rajoonides põllumajandusspetsialistide dispanseerimist. Kontrolli tulemusi arutati Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil, kus leiti, et dispanseerne ravimismeetod vabariigi ravi- ja profülaktikaasutustes ei ole veel nõutaval tasemel, sest mõnede rajoonihaiglate peaarstid ja jaoskonnahaiglate juhatajad ei suutu oma töösse vajaliku tõsidusega. Dispanseerimine ei ole kooskõlastatud rajooni- ja jaoskonnahaiglate ning velskri-ämmaamandapunkti jooksva tööga, vaid on tihti muutunud hoogtöök. Puudulikult analüüsitakse masina-traktorijaamade ja sovhooside tööliste haigestumise põhjusi ega rakendata konkreetseid abinõusid nende vältimiseks.

Esinevate puuduste kõrvaldamiseks dispanseerse teenindamise kvaliteedi parandamisel maaelanikkonna hulgas andis Eesti NSV tervishoiu minister 11. juulil k. a. käskkirja nr. 164, mis käsitleb rajoonide tervishoiuosakondade juhatajate, rajoonihaiglate ja Tallinna ning Tartu vabariiklike haiglate ja erialaste dispanserite peaarstide ülesandeid dispanseerimistöö parandamisel ja nõuab:

1. Dispanseerimine on maaelanike ravi- ja profülaktikaalane juhtivate rühmituste teenindamise põhimeetod, kusjuures tuleb arvestada kohalikke tingimusi ja võimalusi.

2. Likvideerida lüngad dispanseerimise ja meditsiinasutuste ravi- ning profülaktikaalase töö teiste vormide vahel.

3. Pöörata erilist tähelepanu dispanseeritud maaelanike juhtivate rühmituste ravimisele.

4. Nõuda dispanseeritud haigete konsulteerimist rajooni ja vabariiklikes haiglates arstidelt-konsultantidelt, varustada suunamiskiri märkega «dispanseerne», lisada väljavõtte haigusloost ning anda kirjeldus haige edasise ravimise ja töövõime kohta.

5. Nõuda eriarstidelt plaaniliste väljasõitude puhul dispanseeritud haigete konsulteerimist, organisatsioonilis-metoodilise töö juhendamist ja dispanseerimise kvaliteedi kontrollimist.

6. Koos rajoonide sanitaar-epidemioloogia jaamadega organiseerida tööliste ajutise töövõimetusega seoses olevate haiguste uurimist ja praktiliste abinõude rakendamist nende vältimiseks.

7. Osutada rohkem tähelepanu maaelanikkonna töö- ja elukondlike tingimuste tervistamisele, haigestumuse likvideerimisele ja sanitaaralase kultuuri tõstmisele.

8. Haridus- ja kultuuriasutuste töötajaid kaasa tõmmates rakendada sanitaarharidustöö efektiivsemaid vorme, parandada loengute kvaliteeti.

9. Tõsta maa ravi- ja profülaktikaasutuste meditsiinitöötajate teadmiste taset, abistades neid praktilises töös ning vajalike töötingimuste loomisel.

10. Korraldada 1958. a. lõpul rajooniarstide erikonverents dispanseerimise küsimuses.

11. Arutada haigla koostöönõukogu koosolekul vähemalt kaks korda aastas rajooni maaelanike juhtivate rühmituste dispanseerimise kvaliteeti ja esitada tööplaanis ettenähtud üritused dispanseerimise alal igal aastal hiljemalt veebruarikuus rajooni TSN Täitevkomiteele kinnitamiseks.

A. Sarap

TERAPEUTIDE KONVERENTS

Kümnes üleliiduline terapeutide teaduslik konverents toimus Moskvas 30. juunist kuni 2. juulini 1958. a. Konverentsi avas Üleliidulise Terapeutide Ühingu esimees NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia tegevliige professor V. Vinogradov. Ettekannetega vitaminoloogia aktuaalsetest küsimustest esinesid meie maa väljapaistvad teadlased NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia tegevliikmed professorid A. Bagdassarov, A. Mjasnikov ja professor S. Röss.

Professor A. Bagdassarovi pikaajalised kliinilised uurimised võimaldasid välja töötada ratsionaalse taktika B₁₂-vitamiini, foolhappe ja teiste B-vitamiinide tarvitamiseks megaloblastiliste ja makrotsütaarsete aneemiade puhul.

Kliinilised tähelepanekud ja koekultuuride eksperimentaalsed uurimised tõestasid B-vitamiinide kompleksi tarvitamise otstarbekust aplastiliste ja hüpoplastiliste aneemiade puhul.

K-, P- ja C-vitamiin toimivad soodsalt hemorraagiliste nähtude kupeerimisel, mis on mõnede verehaiguste, nagu leukooside, aplastiliste ja hüpoplastiliste aneemiade ja Werlhof'i tõve kliinilises pildis juhtival kohal.

Professor V. Vassilenko ettekanne oli pühendatud vitamiinide ja gastroenteroloogia probleemile. Ta rõhutas, et organismi teiste süsteemide kõrval kuulub vitamiinide ainevahetuses tähtis osa mao- ja sooltetraktile, sest mõnede vitamiinide (B₁-, B₂-, B₆-, PP-vitamiini, pantoteenhappe jt.) biosüntees toimub soolestiku mikrofloora mõjul.

Seedimiselundite funktsionaalsetele ja orgaanilistele kahjustustele võivad kaasneda kindlakujulised häired vitamiinide ainevahetuses, millele järgneb vitamiini-vaegus, vaatamata sellele, et toit neid küllaldaselt sisaldab.

Soolestikus leiduvad nugalised ja algloomad vähendavad soolte limaskestast immisvõimet ning võivad põhjustada teisese hüpovitaminoosi.

Viimasel ajal omistatakse endogeensete avitaminooside tekitamisel olulist tähtsust ka antibakteriaalsetele vahenditele.

Vitaminiivaegust võivad tekitada ka väga mitmesugused haigused, eriti aga mao- ja sooltetrakti talitluse häired. See raskendab haiguse kulgu ja pidurdab tervistumist. Vitamiinid on vajalikud iga haiguse kompleksisel ravimisel, eriti aga gastroenteroloogia kliinikus. Praeguseks ülesandeks on mitte ainult vitaminiivaeguse vältimine, vaid ka selle diferentseeritud ravimine.

Professor A. Mjasnikov puudutas vitamiinide tarvitamise küsimust ateroskleroosi ravimise ja vältimise eesmärgil.

Vitamiinid mõjutavad ateroskleroosi teket soodustavate ainevahetusprotsesside aktiivselt. Mõned vitamiinid mõjutavad tunduvalt verelipoidide kvantiteeti ja ainevahetuse teisi külgi. Need andmed lubavad pidada vitamiinide toimet ateroskleroosi puhul väga suure praktilise tähtsusega küsimuseks nii ravi (kaasa arvatud ka dieet-ravi) kui ka profülaktika alal.

Ateroskleroosi vältimisel ja ravimisel omab positiivset tähtsust askorbiinhape ja mõned B-rühma vitamiinid. Viimased küll vähemal määral kui askorbiinhape.

Ekspérimentaalselt takistab kolesteriina-ateroskleroosi arenemist nikotiinhappe manustamine suurtes annustes, kuid selle pikemaajaline tarvitamine ei ole siiski otsustav, sest on täheldatud, et ta toimib ka lipidoosissse.

Ekspérimentaalselt soodustab ateroskleroosi arenemist D-vitamiin. Ained, mis sisaldavad seda vitamiini tunduval määral, tuleb ateroskleroosi või koronaarpuudulikkuse puhul haigete toidureseptist välja lülitada, või nende tarvitamist tugevasti piirata.

K-vitamiin, vaatamata oma aktiivsele toimele trombid moodustumisel, ei avalda kindlat toimet ekspérimentaalsele ateroskleroosile (sealhulgas ka koronaararterite skleroosile).

Uuritud vitamiinid ei tõsta vererõhku ega soodusta hüpertoonia teket, mis pärast nende tarvitamisel ei ole vaja karta hüpertensiivset efekti.

Leningradi professor Rõssi ettekanne oli pühendatud vitamiinide kasutamise küsimusele maksahaiguste ravimisel.

Kõige positiivsemaid tagajärgi maksa talitluse täielikuks taastamiseks või parandamiseks Botkini tõve puhul on täheldatud haigetel, kellele manustati askorbiin- ja nikotiinhapet.

B₁₂-vitamiini mõjul suureneb haigetel Botkini tõve puhul vere lipoidide tase ja väheneb kolesteriinihulk. B₁₂-vitamiin vähendab maksas rasva infiltratsiooni ja soodustab maksa võimet fikseerida glükogeeni.

B₁₂-vitamiini mõjul paraneb ka maksa antitoksiline ja bilirubiinieritav funktsioon.

Seoses endogeense A-vitaminiivaegusega hepatiidide ja maksatsirrooside puhul on A-vitamini manustamine nende haiguste puhul näidustatud.

Vitamiinid ei asenda teisi üldtunnustatud maksahaiguste ravimise meetodeid, kuid tugevdavad nende terapeutilist efekti, ning aitavad vältida mõnede ravimite, eriti antibiootikumide, kõrvaltoimet. Maksahaiguste komplekses ravis on vitamiinidel tähtis koht.

A. Gunter

LOODUSUURIJATE PÄEV

Juuli lõpul toimus Tartus Loodusuurijate Seltsi konverents.

Tervishoiuga seotud ettekandeid esitati kahes sektsioonis.

Zoologia ja hüdrobioloogia sektsioonis rääkis professor J. Aul antropatoloogilistest uurimustest koolilõpilaste juures. Ta esitas arvukalt andmeid õpilaste kehaliste mõõtmete kohta eri perioodidel. S. Veldre käsitles loomade eluiga. N. Mikelsaar analüüsis siseveekogude majandamise perspektiive. L. Rannak andis ülevaate räume arvukuse dünaamikast. J. Ristkonk selgitas kalade elu jälgimise seniseid tulemusi.

Rakendusbioloogia sektsioonis esitati seitse ettekannet. E. Rannak iseloomustas loomsete toiduainete toiteväärtust. Peaaegu kõigi organismile vajalike vitamiinide ja mineraalainete sisalduse alusel osutus keskmine toidukomponentide sisaldus orgaanilises seedivas aines üsna erinevaks. Keskmised toiteväärtuse hindearvud sellel alusel (toidukomponentide füsioloogilistes päevaühikutes TPÜ) on 10 ja 0,02 vahel, kusjuures toiduained järjestuvad kahanevas toiteväärtuse reas järgmiselt: maks (9,8 TPÜ-d), neerud, ajud, veri (2,4 TPÜ-d), kalamaksaõli, kooritud piim, veiseliha, munad, piim (1,6 TPÜ-d), sealiha, juust, sink, või ja sulatatud searasv (0,02 TPÜ-d). B. Kabur esitas ühe laste-menüü bilanssarvutuse, millest selgus, et rafineeritud toiduainete suure osatähtsuse tõttu menüüs sisaldas mõningaid vitamiine ilmselt napilt. M. Kask juhtis tähelepanu suurtele muutustele, eriti maaelanike elutingimustes, seoses üle-

minekuga sotsialistlikule majandusele. Sellega seoses rõhutas ta toitumise- ja tervishoiualaste probleemide uurimise vajadust. V. Paškov näitas, et meil üsna levinud struuma tekkimisel omavad tõenäoliselt joodi-vähesuse kõrval tähtsust ka teised toidukomponendid, eeskätt A-vitamiin. Sellepärast omab igakülgset täisväärtuslik toit esmajärgulist tähtsust struuma vastu võitlemisel. H. Sarv esitas andmeid selle kohta, et Eesti NSV-s on piimatoodangu tarbimine talve-kevadekuudel palju väiksem kui suve-sügisekuudel ja käsitles selle sesoonsuse pahesid ning kõrvaldamise teid.

Vastuvõetud resolutsioon peab aktuaalseks keskkonnatingimusi puudutavate kohalike statistiliste andmete kättesaadavamaks tegemist ning kriitilist üldistamist. Sektsioon tõstis esile Nõukogude Liidu Arstiteaduste Akadeemia Toitlustusinstituudi XII teadusliku konverentsi (Вопросы питания № 3, 95, 1958) resolutsiooni seisukoha, milles rõhutatakse «vajadust oluliselt piirata toiduainete rafineerimist, mis tingib nendest rea bioloogiliselt aktiivsete ainete kaotsimineku». Aktuaalseks tunnistati juhtiva keskuse kujundamine Eesti NSV Teaduste Akadeemia juures, mis koordineeriks tervishoiu, põllumajanduse ja toiduainetetööstuse töötajate ning majandusteadlaste tööd selleks, et komplekselt selgitada elanikkonna tervishoiualast olukorda ja uurida kohalike toiduainete keemilist koostist, rahvuslikke toite ning toitlusharjumusi. Samuti peeti vajalikuks saavutada tootmises seni esineva sesoonse kõikumise tunduv vähenemine, eriti piima tootmisel talvise toodangu suurendamise teel.

E. R a n n a k

XII RAHVUSVAHELINE SPORDIMEDITSIINI KONGRESS

29. maist kuni 3. juunini s. a. toimus Moskvas XII rahvusvaheline spordimeditsiini kongress. See oli juubelikongress, millega tähistati Rahvusvahelise Spordimeditsiini Föderatsiooni 30-ndat aastapäeva.

Kongressi puhul sõitsid Moskvasse 29 maa esindajad. Delegaatide hulgas ei olnud mitte ainult spordimeditsiiniga tegelevad arstid, vaid ka rohkesti teiste erialade arste, kes juhust kasutades tulid NSV Liitu turistidena.

Kongressi pidulik avamine toimus Moskva Riikliku Ülikooli suures auditooriumis Lenini mägedes.

Avaistungil viibis üle 2000 inimese. Kõnedega esinesid NSV Liidu tervishoiu minister M. Kovrigina ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu Kehakultuuri- ja Spordikomitee esimees N. Romanov. Mõlemad kõnelejad rõhutasid kongressi tähtsust spordimeditsiini edasisele arenemisele. Rahvusvahelise spordimeditsiini organisatsiooni president A. Gowerts (Belgia) tänas NSV Liidu Spordimeditsiini sektsiooni juhte kongressi organiseerimise ja läbiviimise ning lahke vastuvõtu eest.

Kongressi päevakorras oli 3 põhiprobleemi: «Organismi treeneerituse ja ületreeneerituse seisund morfoloogia, füsioloogia ja meditsiini andmete valguses», «Mikrotraumad ja kroonilised traumad sportlastel, nende etioloogia, patogenees, diagnoosimine ja ravimine» ning «Võimlemine ja sport kui südame ja veresoontesüsteemi haiguste vältimise ning ravimise abinõud».

Kongress toimus sõbralikus õhkkonnas. Vaheaegadel ja tööst vabal ajal arenes mõtetevahetus mitmesuguste maade delegaatide vahel. Arutati meditsiinilise abi korraldamise küsimusi üldse ja spordimeditsiini küsimusi eriti. Välismaa delegaadid hindasid kõrgelt NSV Liidu spordimeditsiini asutuste laialdast võrku ja teadusliku uurimistöö taset, mida teevad nõukogude spordiarstid.

F. M a r k u s a s

KEHAKULTUURITÖÖ PARANDAMISEST

Ilmus 10. juulil 1958. a. toimunud Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu II pleenumi määrus «Massilise kehakultuuri- ja sporditöö parandamise abinõudest Eesti NSV ametiühingutes». Selles märgitakse, et juhindudes NLKP Keskkomitee otsustest ning ÜAÜKN-i määrustest kehakultuuri ja spordi arendamise kohta, on hakatud rohkem tähelepanu pöörama kehakultuuri, spordi ja turismi arendamisele tööliste, teenistujate ja nende perekonnaliikmete hulgas. Pleenum märkis, et viimaste aastate jooksul on ametiühingute summadega Tallinna töötajate laialdasel osavõtul rajatud mitmeid spordiehitusi.

Märgiti puudusi ametiühinguorganisatsioonide ja VSÜ «Kalevi» nõukogu töös, kus ei pöörata küllaldast tähelepanu tööliste ja teenistujate tervist tugevdavate ürituste organiseerimisele ja seda, et paljudes ettevõtetes ei ole loodud vajalikke sanitaarhügieenilisi tingimusi tootmisvõimlemise korraldamiseks.

VÄRVILINE FOTOREKTOROMANOSKOPIA

Jessentuki Setšenovi-nimelise sanatooriumi arst B. S. Lenski konstrueeris aparaadi värviliseks fotorektoromanoskoopiks. Sellega võib teha mitmesuguseid ravi- ja diagnostilisi ülevõtteid, pulbriliste ravimite tolmutamist, loputusi jne., samaaegse värvilise fotografeerimisega.

Aparaat annab objektiivse hinnangu soolestiku alaosa limaskestast seisundist ja võimaldab ravida haiget visuaalse kontrolli kaasabil.

Värviline fotorektoromanoskoopia B. S. Lenski aparaadi abil on juba heade tulemustega rakendatud Setšenovi-nimelises sanatooriumis. Pjatigorski kuuortidevalituse juures asuv leitud- ja ratsionaliseerimisbüroo tutvus B. S. Lenski aparaadiga ja andis sellele kõrge hinnangu.

MITMESUGUST

— NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja profülaktikaasutuste Riiklikus Projekteerimise Instituudis on lõpetamisel linna haiglate ja onkoloogia dispanserite radioloogia osakondade projekteerimine. Nendes projekteeritakse 1—2 voodikohaga haigepalatid, igale haigele on arvestatud 10 m² põrandapinda. Maksimaalselt on arvestatud meditsiinipersonali ohustamatust.

— Leningradi tehases «Krasnogvardejets» konstrueeriti fonokardiograafiline seadis täienduseks elektrokardiograafia aparaadile. Selle abil on võimalik kuulata ja helilindistada südametoone üheaegselt elektrokardiograafia.

— Hiljuti ilmus trükist Leningradi Pasteuri nimelise Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi toimetusel E. Novgorodskaja, I. Anšes'e ja A. Loševa poolt koostatud meetodiline juhend «Varaemaste laste kolienteriitidest». Teoses käsitletakse nende haigestumiste etioloogia, kliiniku, epidemioloogia ja laboratoorse diagnostika küsimusi. Ühtlasi antakse ülevaade organisatoorsest ja profülaktilistest abinõudest.

— Vene NFSV Kõrva-, Nina- ja Kurguhaiguste Teaduslikus Uurimise Instituudis ravitakse edukalt kogelemist. Ravikuur vältab harilikult 3 kuud. Sel ajal toimuvad logopeedilised harjutused, rakendatakse füsioteraapiat, ravikehakuultuuri ja medikamentooseid vahendeid (tropatsiini, atropiini jt.). Ravi alatakse vaikimisrežiimiga, mis kestab 10—12 päeva.

— Moskvast 29. maist kuni 3. juunini s. a. toimunud rahvusvahelisel spordimeditsiini konverentsil käsitleti ka kehakultuuri osatähtsuse küsimust südame ja veresoonte haiguste profülaktikas ja ravis. Ettekannetes rõhutati, et ravi kehakultuuril on suur tähtsus südametegevuse dekompensatsiooni, südame kahjustuste, hüpertooniatõve, müokardi infarkti, ateroskleroosi ja endarteriitide ravis. Ravivõimlemise rakendamine on vältimatu ka südameoperatsioonide eel- ja järelperioodil.

— NSVL Tervishoiu Ministeeriumi ettepaneku kohaselt otsustati NSVL Ministrite Nõukogu 1958. a. 6. augusti määrusega nr. 882 hakata määrama üks kord kolme aasta jooksul nimelisi preemiaid 15 000 rubla ulatuses parimate tööde eest arstiteaduse alal. NSVL tervishoiu ministri 1958. a. 13. augusti käskkirjaga nr. 385 omistatakse kirurgia alaste tööde eest kirurgia alal N. Pirogovi, neuro-kirurgiat ja välikirurgiat käsitlevate tööde eest N. Burdenko, sisehaiguste valdkonda kuuluvate tööde eest S. Botkini nimelisi preemiaid jne.

— NSVL tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 157 4. aprillil 1958. a. kinnitati uus üleliidulise arstiteadusliku seltsi tüüppõhikiri. Selle käskkirja kohaselt pannakse üleliiduliste arstiteaduslikkude seltside kontroll NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Teaduslikule Meditsiininõukogule; vabariiklikkude seltside tegevust kontrollivad aga liiduvabariikide Teaduslikud Meditsiininõukogud. Oblastite, kraide ja linnade seltside tegevuse jälgimine on vastavate tervishoiuosakondade kohuseks, kes kinnitavad ka nende seltside põhikirjad. Antud tüüppõhikirja alusel tuleb NSV Liidu ja liiduvabariikide Tervishoiu Ministeeriumide Teaduslikel Meditsiininõukogudel muuta ka arstiteaduslike seltside põhikirju. Ühtlasi loeti kehtetuks NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri 7. detsembrist 1953. a. nr. 940.

— NSV Liidu tervishoiu ministri M. Kovrigina 1958. a. 3. septembri käskkirjaga nr. 415 moodustati 14. oktoobrist kuni 21. novembrini k. a. Nõukogude Liidus korraldatava Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni seminari organiseerimiskomitee eesotsas ministri asetäitja V. Ždanoviga. Seminarist võtavad osa ligi 30 riigi esindajad Aasiast, Aafrikast, Ameerikast ja Euroopast. Peale Moskva teostatavate Leningradi, Kiievi, Tbilisi, Suhumi, Sotši ja Taškendi tervishoiuasutuste tööga. Üle kuu aja kestev seminar võimaldab võrdlemisi põhjaliku ülevaate saamise meie tervishoiu organisatsioonist.

— Käesoleva aasta suvel külastas Vilniuse Epidemioloogia ja Hügieeni Instituudi üle 30-ne liikmeline delegatsioon Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti. Delegatsiooni koosseisu kuulusid direktori asetäitja A. Makauskas, kutsealaste haiguste osakonna juhataja A. Aušrunas, mikrobioloogia laboratooriumi juhataja L. Vorontsova jt. Leedu Epidemioloogia ja Hügieeni Instituut omab ka tootmisosakonda, ühtlasi on instituudile pandud ka Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama kohustused.

— Eesti NSV ametiühingud ostsid tänavu ainult sotsiaalkindlustuse eelarve summadest 13 000 tuusikut puhkekodudesse ja 6500 tuusikut sanatooriumidesse. Eesti NSV-s on praegu viis sanatooriumi (Pärnus, Pühajärvel ja Haapsalus), kus aasta jooksul puhkab umbes 14 500 inimest. Võsu ja Kalvi puhkekodudes viibib hooaja jooksul üle 9000 inimese. Praegu on rekonstrueerimisel Pärnu mudaravila, milleks on eraldatud üle 2 miljoni rubla. Käesoleval aastal antakse Narva-Jõesuus käiku 150 kohaga uus puhkekodu; sama kohtade arvuga puhkekodu ehitamist on alustatud Kosel.

— 1958. a. täienes Eesti NSV keskkharidusega meditsiinitöötajate kaader uute töötajatega, kes lõpetasid vabariigi meditsiinilised keskkoolid. Vabariikliku Tallinna Meditsiinilise Keskkooli lõpetas 178 isikut, nendest 74 ämmaemanda ja 104 velskrierialaga. Vabariikliku Tartu Meditsiinilise Keskkooli lõpetas 13 hambaarsti, 20 sanitaarvelskrit, 19 velsker-laboranti, 10 ämmaemandat ja 48 velskrit. Viljandi Meditsiinilise Keskkooli järjekordne lend koosnes 164 velskrist. Kohtla-Järve Meditsiinilise Keskkooli lõpetas 68 velskrit, kes olid selle kooli viimasteks lõpetajateks, kuna Kohtla-Järve Meditsiiniline Keskkool lõpetab oma tegevuse.

— Käesoleva aasta suvel viibisid mitmed Eesti NSV arstid Nõukogude Liidu delegatsiooni koosseisus välismaal toimunud rahvusvahelistel arstiteadlaste nõupidamistel. Nii viibis ülemaailmsel akušööride-günekoloogide kongressil Kanadas Tallinna Vabariikliku Haigla arst S. Silling. Kongress toimus Montrealis. Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst A. Gavrilov võttis osa Londonis toimunud onkoloogide ülemaailmsest kongressist. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor A. Jannus aga oli Stokholmis ülemaailmsel bakterioloogide kongressil.

— Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus k. a. 15. augustist nr. 301 «Abinõudest tervishoiu olukorra parandamiseks Tallinna linnas» avardab tunduvalt meie pealinna meditsiinasutuste tööd. See määrus näeb ette Tallinna II Haigla uue hoone ehitustööde lõpuleviimise 1959. aasta jooksul. Vabanevad II Haigla ruumid Tõnismäel antakse üle Tallinna I Sünnitusmajale, mis asub praegu Sakala tänaval. Tallinna linna Lastehaigla saab endale Eesti NSV Põllumajandusministeeriumilt Liiva tänaval asuva hoone; see võimaldab lastehaiglat tunduvalt laiendada. Kuna 1959. a. rekonstrueeritakse endise Kolga mõisa peahoone 150 voodiga krooniliste

haigete haiglaks, paigutatakse Tartu maanteel vabanevasse krooniliste haigete haigla hoonesse Kalinini rajooni Kopli ambulatooriumi statsionaar.

Peale selle on Tallinnas ehitamisel laste nakkushaigla ja raudteehaigla.

Seoses tervishoiuvõrgu tunduva laienemisega suurendatakse Tallinna tervishoiuasutuste koosseisu 150 ametikohaga.

— Indias toimub arstide ettevalmistamine kolledžites. Viimastesse võetakse vastu isikuid, kes peale keskhariduse omandamise on veel läbi teinud kaheaastased ettevalmistuskursused, kus õpitakse peamiselt keemiat, füüsikat ja bioloogiat. Arstiteaduslik stuudium kestab viis aastat, peale selle on tulevased arstid kohustatud veel töötama aasta nn. internatuuris kirurgia, sise- ja lastehaiguste, sünnitusabi ja günekoloogia ning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste alal. Kolm kuud sellest ajast peab noor arst veetma maa-arstijaoskonnas.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» lugejatelt

Meie maal hoogustub iga aastaga tuberkuloosivastane võitlus, kuid siin pööratakse peamine tähelepanu medikamentoossele ravile ja unustatakse tihti haigete vaba aja veetmise küsimus. Tuberkuloosihaigete ravi on kauakestev, enamikul haigetest on võimalus haigla territooriumil liikuda, voodihaiged on suhteliselt vähe. Ei ole mõeldav, et haiged päev-päeva järel vabal ajal mängivad kaarte, piljardit või koroonat, seetõttu hakkavad nad tihti tarvitama alkoholi ja kalduvad sisutule ajaviitmisele. Lugejad kirjutavad, et peaks vältima haigete muutumist tahtejõuetuiks indiviidideks, mille on põhjustanud tegevusetus enne operatsiooni ja järelravi ajal sanatooriumides. Haiglate juurde peaks organiseerima õpperinge ja rakendama haiged sanatooriumide ning haiglate ümbruse korrastustöödel. Õpperingide juures võiks haigeile võimaldada ümberkvalifitseerumist, kui neil enam endisel tööalal töötada pole võimalik.

Lugejad teevad ettepaneku haiglate juures õmblus-, käsitöö, köite-, jalatsite-, korvmööbli- jt. töökodade loomiseks. Selline meetod parandaks kahtlemata ka ravi tagajärgi ja vältiks haigetel ühiskondlikult kasutu kodaniku tunde teket.

ÕIENDUS

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 3-ndasse numbrisse on sattunud järgmised eksitavad vead: lk. 39 13 rida ülalt on: «...ganglioni motoorsed rakud...» peab olema «...motoorsed ganglionirakud...»; lk. 40 ülalt 3-nda lõigu viimane rida on: «...gammaglobulineemia...» peab olema: «...aggammaglobulineemia...»

«Nõukogude Eesti Tervishoid» 4-ndas numbris on lk. 41 ülalt 29-ndal real «... 50, 25, 10, 1, 0, 1 ftivasiidi...» peab olema «... 50, 25, 10, 1, 0,1 γ ftivasiidi...»

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

P. RATTUS — Nelikümmend aastat Tervishoiu Rahvakomissariaadi asutamisest	3
--	---

Arstiteaduse teooria ja praktika

J. RIIV — Kogemusi uinutite terapeutilisel kasutamisel	7
R. PAIMRE — Komplikatsioonidest penitsilliini subarahnoidaalõõnde manustamise tagajärjel	13
A. VAPRA — Ulitundlikkuse juhtum fenoksümetüülpenitsilliini suhtes	16
R. MARKOVITŠ, M. MARTINSON — Piirdunud ekseemi ja neurodermiidi ravimisest novokaiiniblokaadi abil	16
A. KLIIMANN — Türeetoksilise struuma subtotaalse reseksiooni tehnikast	21
A. TIKK — Ajukolju kinniste vigastuste ravist akuutses staadiumis	27
J. SARV — Organismi leukotsüütide reaktsiooni ja fagotsütoosivõime dünaamikast enne ja pärast operatsiooni	31
V. SAARMA — Adrenaliin- ja insuliin-leukotsütoosist	37
E. ROIGAS — Meeste urogenitaaltrakti trihhomoniasis diagnostikast	40
J. TERAS — Urogenitaaltrakti trihhomoniasis epidemioloogiast	45
R. BERNAKOFF — Mõnedest vigadest munasarjade epiteelialsete tsüstoidide diagnoosimisel ja ravimisel	49
A. SEPPO — Lahtiste ja kinniste torulude murdude osteosünteesist fiksaatori abil	52

Kogemuste vahetamine

M. PUUMETS — Õpilaste töökoormusest ja väsimusest	55
J. VARES — Õpilaste kehakultuuri gruppidesse määramise küsimusest	57

Kaadri ettevalmistamisest

Eesti NSV meditsiinilistes õppeasutustes	60
--	----

П. РАТТУС — 40-летие Наркомздрава	3
---	---

Теория и практика медицины

Я. РИЙВ — Опыты терапевтического применения снотворных	7
Р. ПАЙМРЕ — Об осложнениях при субарahnoidальном применении пенициллина	14
А. ВАПРА — Случай сверхчувствительной реакции больной на феноксиметилпенициллин	16
Р. МАРКОВИЧ, М. МАРТИНСОН — О лечении ограниченных экземы и невродермита местной новокаиновой блокадой	16
А. КЛИЙМАН — К технике субтотальной резекции тиреотоксического зоба	21
А. ТИКК — О лечении закрытых черепномозговых травм в острой стадии	27
И. САРВ — О динамике лейкоцитарной реакции и фагоцитарной способности организма до и после операции	31
В. СААРМА — Об адренолиновом и инсулиновом лейкоцитозе	37
Э. РЫЙГАС — О диагностике трихомониаза мужского уrogenитального тракта	40
Ю. ТЕРАС — Об эпидемиологии трихомониаза уrogenитального тракта	45
Р. БЕРНАКОВ — О некоторых ошибках при диагностике и лечении эпителиальных кистом яичников	49
А. СЕППО — Остеосинтез открытых и закрытых переломов трубчатых костей с применением фиксатора автора	52

Обмен опытом

М. ПЮЙМЕТС — Об учебной нагрузке и утомляемости учащихся	55
И. ВАРЕС — К вопросу о назначении учащихся в физкультурные группы	57

О подготовке кадров

В медицинских учебных заведениях Эстонской ССР	60
--	----

Abiks velskritele ja õdedele

J. TRAAT — Mädanikuliste nahahai-
guste profülaktikast ja ravist . . . 61

Konsultatsioonid

A. KALDMA — Nõuannet juriidilistes
küsimustes 64

Meditsiini ajaloost

Nõukogude Punase Risti tööst 40 aasta
jooksul 66

Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon 68

Konverentse ja nõupidamisi

Esimene üleliiduline konverents vibrat-
sioonivastase võitluse küsimustes 71

Muljeid V üleliiduliselt otorinolarün-
go-
loogide kongressilt 71

NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadee-
mia XII sessioonilt 72

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi
kolleegiumil 73

Terapeutide konverents 73

Loodusuurijate päev 74

XII rahvusvaheline spordimeditsiini
kongress 75

Kroonika 76

В помощь фельдшерам и медсестрам

И. ТРААТ — О профилактике и ле-
чении гнойничковых заболеваний
кожи 61

Консультации

А. КАЛЬДМА — Консультация по
юридическим вопросам 64

История медицины

О работе Советского Красного Креста
в течение 40 лет 66

Всемирная организация здравоохра-
нения 68

Конференции и совещания

Первая Всесоюзная конференция по
вопросам борьбы против вибрации 71

V Всесоюзный съезд оториноларин-
го-
логов 71

XII сессия АМН СССР 72

В коллегии Минздрава Эстонской ССР 73

Конференция терапевтов 73

Конференция натуралистов 74

XII международная конференция по
вопросам спортивной медицины 75

Х р о н и к а 76

„Nõukogude Eesti Tervishoid“ lugejatele

Ajakirja täieliku komplekti saamiseks 1959. aastal tuleb tellimine vormistada hiljemalt 1. detsembriks 1958. aastal.

Tellimisi võtavad vastu ühiskondlikud ajakirjanduse levitajad Teie töökohal, kirjakandjad, «Ajakirjandusliidu» osakonnad ja sideasutused.

Tellimishind aastas — 24 rubla, pooles aastas 12 rubla.

Ajakirja
«Nõukogude Eesti Tervishoid»
toimetis

Neuroloogiline ja Psühhoneuroloogiline Haigla

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse Kolleegium

F. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.

6
*November
Detsember*

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1958

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“
Орган Министерства Здравоохранения
Эстонской ССР
На эстонском языке

Ladumisele antud 11. X 1958. Trükkimisele antud 17. XII 1958. Trükiarv 3000. Paber 70×108 1/16. Trüki-
poognaid 5+1 kleebis. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 6,85. Arvutuspoognaid 7,1. Tellimise
nr. 2348. MB 095/4.

Trükikoda „Pioneer“, Tartu, Kastani tn. 38

Hind 4 rubla

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 470-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus

ELANIKKONNA POLIKLIINILISEST TEENINDAMISEST

A. Nordberg,

meditsiiniteaduste kandidaat,
Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja

Polikliiniku tähtsus ravi- ja profülaktilise abi alal ning elanikkonna tervise kaitsmisel on väga suur. Polikliinikud on kõige massilisemad ja elanikkonnale lähemad meditsiinasutused. Polikliinikuid külastavad aasta jooksul miljonid inimesed. Paljud terved inimesed külastavad polikliinikut mitmesuguste õiendite saamiseks. Polikliinikutes toimuvad mitmekülgsed uurimised haiguste varajaste vormide avastamise ning nende vältimise otstarbel.

NSV Liidus planeeritakse iga elaniku kohta aastas kuni 10 polikliiniku külastust.

Enne Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni oli Venemaal elanikkonna ambulatoorne ja polikliiniline teenindamine väga nõrgalt organiseeritud. 1913. aastal oli linnades kõigest 1230 ambulatooriumi ja polikliinikut, kusjuures nende töö maht oli väga väike. Paljudes 50 000—100 000 elanikuga linnades ei olnud üldse ambulatooriume ja polikliinikuid, või olid ainult 1—2 arstiga ambulatooriumid.

Pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni loodi laialdane ambulatooriumide ja polikliinikute võrk. 1940. a. oli neid asutusi linnades juba 13 000 ja maal samapalju. Polikliinikud tegutsesid iseseisvate ravi- ja profülaktikaasutustena, neil oli oma eelarve ja arstide koosseis. Elanikkonna tervistamisel tegid polikliinikud ja ambulatooriumid tõhusat tööd. Töötades haiglatega eraldatuna ilmnis polikliinikute töös rida kitsaskohti. Aastate jooksul töötamine ainult polikliinikutes ei soodustanud arstide ja keskharidusega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmist. Polikliinikutel ei olnud sidet haiglatega. Polikliiniku ja haigla diagnoosid olid sageli erinevad. Tekkis ambulatoorsete ja polikliiniliste asutuste haiglatega ühendamise küsimus.

Vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri 1949. a. 21. novembri käskkirjale nr. 870 hakati ambulatooriume ja polikliinikuid haiglatega ühendama ja nende asutuste arstide tööd ümber korraldama. Kinnitati ühtne tervishoiuasutuste nomenklatuur.

Nende raviasutuste ühendamisel tehti kohtadel vigu: ühendati teineteisest kaugel asuvad haiglad ja polikliinikud, mille tõttu arstid pidid kulumata palju aega statsionaarist polikliinikusse käimisele. Mõne ühendamisele kuuluva haigla võimsus ei vastanud polikliinikule või vastupidi. Paljudes kohtades rikuti tööstusettevõtete tööliste eelisteendamise printsiipi.

Paljud kohalikud tervishoiuorganid ja asutused ei hinnanud õigesti haigla polikliinilise osakonna kui elanikkonna ravi- ja profülaktikaalase teenindamise peamise lüli edasise tugevdamise vajadust. See nõrgendas paljudes kohtades elanikkonna profülaktikaalast teenindamist.

Need vead likvideeriti ja praegu on polikliinikutel suur tähtsus haiguste varajaste vormide väljaselgitamisel, ägedate nakkushaiguste diag-

noosimisel, haigete õigeaegsel hospitaliseerimisel ja vajalike epideemia-tõrje ürituste rakendamisel.

Käesoleval ajal on meie vabariigi tervishoiuorganite üheks tähtsamaks ülesandeks linnaelanike polikliinilise teenindamise kvaliteedi parandamine, haigete vastuvõtu ja ravi õige organiseerimine.

Esmajärgulise tähtsusega on haigete vastuvõtu õige reguleerimine ambulatooriumides. Kõigi kabinettide koormuse ühtlustamiseks, haigete ootamisaja lühendamiseks ning järjekordade likvideerimiseks on vaja eelkõige organiseerida esmakordselt ja korduvalt polikliinikut külastavate haigete eraldi vastuvõtmine. Esmakordselt polikliinikut külastavatele haigetele tuleb kindlustada vastuvõtt esimestel töötundidel nii hommikuses kui ka õhtuses vahetuses. Vastuvõtt korraldatakse talongidega vorm nr. 25 T.

Korduvalt polikliinikut külastavate ja töövõimetuslehtedega haigete vastuvõtuaega ei määra registratuur, vaid selle määrab arst ise.

Haigete vastuvõtu õige organiseerimine nõuab täpselt töötavat registratuuri. Selle tööst sõltub vastuvõtu ja ootamisaja lühendamine, haige õigeaegne suunamine vastava arsti juurde, arsti ühtlane koormus ja rahulik töötamine ning kogu meditsiinilise dokumentatsiooni korrashoid ja säilitamine.

Polikliinik peab hoolitsema, et teenindatav elanikkond oleks hästi informeeritud eriarstide vastuvõtu kellaaegadest. Polikliinikus peavad olema vastavad kellaajad välja pandud. Eriti täpselt tuleb vormistada arsti kojukutsed.

Haigete polikliiniku külastamise reguleerimiseks, korduvate külastuste vähendamiseks ja haigete meditsiinilise teenindamise parandamiseks on väga tähtis õigesti organiseerida arstliku konsultatsioonikomisjoni (AKK) tööd ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi korraldamist.

Töövõime määramine on raviva arsti tähtsamaid ülesandeid, mis on tihedasti seotud kogu tema tööga. Haige pöördumisel arsti poole tekib viimasel enamasti alati küsimus, kas haige võib oma tööd jätkata, kas ta tuleb igasugusest tööst vabastada ja milliseks tähtajaks ning kas ta vajab töötingimuste muutmist, kergendamist või üleviimist teisele tööle (kas ajutiselt või alaliseks).

Taastada võimalikult kiiresti töövõime, mitte ühtegi põhjuseta päeva töövõimetuslehega, mitte ühtegi põhjendamata otsust invaliidsuse kohta — see on iga arsti ülesanne tööekspertiisi alal.

Konsultatiivne polikliinik on vabariikliku haigla üks komplitseeritud osakondi, mille ülesanded on mitmekesisemad kui linnapolikliinikul.

Eriarstide ülesanded väljasõitudel konsultatsioonideks on väga mitmesugused. Kui linnapolikliinikute spetsialistid konsulteerivad sama polikliiniku jaoskonna- või valvearstide poolt saadetavaid haigeid, siis vabariiklike haiglate polikliinikute konsultandid teenindavad linna- ja maa-rajoonide jaoskonnaarstide poolt saadetavaid haigeid. Linnahaiglate konsultantidelt nõutakse haige järelevaatuse tulemuste märkimist haigusloosse, üksikjuhtudel diagnoosi arutamist jaoskonna- või valvearstiga. Vabariikliku haigla konsultandilt aga nõutakse üksikasjaliku otsuse koostamist haige seisukorra kohta, diagnoosi põhjendamist ja määratud ravi üksikasjalist kirjeldamist. Seejuures peab konsultant välja selgitama maa-jaoskonnaarsti ja rajoonihaigla arstide poolt tehtud vead.

Vabariiklike haiglate konsultatiivsed polikliinikud on linna ja maa-rajoonide haiglate ning polikliinikutë ja ambulatooriumide organisatsioonilis-metoodilisteks keskusteks. Nad organiseerivad kursusi arstide ja keskkoolidega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmiseks, korraldavad teaduslik-praktilisi konverentse ja seminare, viivad läbi katkendlikke kursusi sünnitusabi arstide ja kirurgide kvalifikatsiooni tõstmiseks.

Eesti NSV polikliinikutes on ravi- ja profülaktikaalane töö viimastel aastatel tunduvalt paranenud. Polikliinikutes on suurenenud arstide ja

keskharidusega meditsiinitöotajate arv, on paranenud varustatus meditsiinilise sisseseade ja instrumentariumiga. Omistatakse rohkem tähelepanu haigete teenindamisele kodus ning tööstusettevõtete ja põllutööliste dispanseerimisele. Linnades on suurenenud territoriaalsete terapeutiliste jaoskondade arv, enamikus polikliinikutest on paranenud töö ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal ja kontrolli töövõimetuslehtede väljaandmisel.

Kas kõik meie vabariigi polikliinilised ambulatoorsed asutused täidavad oma funktsioone nii, nagu nõuab seda meie partei ja valitsus? Millised puudused esinevad veel meie polikliinikute töös ja mida on vaja teha elanikkonnale antava polikliinilise abi kvaliteedi parandamiseks?

Tallinna Vabariiklikul Haiglal on polikliinik (peaarsti asetäitja polikliinilisel alal A. Vares), mis teenindab 8 arstijaoskonna elanikke Tallinna Mererajoonis, ja konsultatiivne polikliinik elanikkonna teenindamiseks 19 Põhja-Eesti rajoonis. Polikliiniku kabinetid on aparatuuri ja instrumentariumiga rahuldavalt varustatud. Polikliinikul on laboratoorium, füsioteraapia kabinet ja röntgenikabinet. Polikliinikus järjekordi ei ole, haigeid teenindatakse samal päeval. Vastuvõtt toimub ka kitsastel erialadel, sealhulgas endokrinoloogi poolt.

Polikliiniku maaelanikkonna teenindamise erikaal oli 1957. a. umbes 31,0 %, aktiivsus 43—45 %.

Hästi on korraldatud ajutise töövõimetuse ekspertiis — haiguslehe kestus terapeutilistel haigetel oli keskmiselt 6 päeva. Organisatsioonilismetoodilise keskuse ülesandeid täidab polikliinik rahuldavalt.

1958. aastal tõusis Tallinna polikliinikutes elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteet, paranes tööstusettevõtete tööliste teenindamine: polikliiniku eriarstid hakkasid rohkem tähelepanu pöörama tervishoiupunktile.

Tallinna II Haigla koos polikliinikuga (peaarsti asetäitja J. Alihhanov), teenindab 12 territoriaalset terapeutilist jaoskonda. Igas jaoskonnas on 4000 kuni 5000 elanikku.

Mererajooni polikliinikul on 10 territoriaalset jaoskonda (peaarsti asetäitja V. Plotkin) ja Pelgulinna polikliinikul (peaarsti asetäitja ravi alal M. Tšetverikova) on 11 territoriaalset jaoskonda.

Nende polikliinikute arstid on kvalifitseeritud, korraldatakse teaduslik-praktilisi konverentse ning seminare. Töökultuur polikliinikutes on paranenud; vaatamata jaoskonnaarstide mõningale ülekoormusele pääsevad haiged arsti juurde samal päeval, välja arvatud mõned erialad.

Nendes polikliinikutes pööratakse peamist tähelepanu tööstusettevõtete tööliste teenindamisele. Kirurgid ja teiste erialade arstid külastavad tervishoiupunkte. Tervistkahjustavates tsehhides töötavad töölistel on profülaktiliselt läbi vaadatud ning dispanseerimist vajavad haiged on arvele võetud, kuid ravialane töö nendega jätab veel soovida. Järjekorrad on neuroloogi, kõrva- ja silmaarstide juurde. Nende arstide juurde pääsemiseks polikliinikus teostavad tervishoiupunktid eelregistreerimist. Kojukutsed täidetakse alati samal päeval.

Nõmme polikliinikul (peaarsti asetäitja V. Kotšinev) on 10 territoriaalset jaoskonda, elanike arv jaoskonnas läheneb normatiivile. Jaoskonnaarstide juurde on järjekorrad, nad on üle koormatud, samuti ka kirurgid. Sellist olukorda võib seletada polikliiniku töö ebarahuldava organiseerimisega. Peaarsti asetäitja koht ekspertiisi alal on vakantne.

Kopli polikliinik (juhataja A. Iltšenko) ei ole ühendatud. Polikliinikul on 11 territoriaalset jaoskonda, elanike arv jaoskondades on ebaühtlane — 3500 kuni 7000. Polikliinik teenindab peamiselt tööstusettevõtete töölistel. Jaoskonnaarstide juurde on järjekord. Eriarstide: kirurgide, silmaarstide ja stomatoloogide koormus on veel suurem. Peaarsti asetäitja koht ekspertiisi alal on komplekteerimata. AKK ei tööta täpselt. Vastuvõtt on polikliinikus rahuldavalt organiseeritud. Haigete eelregistreerimine polikliiniku arstide vastuvõtule toimub tervishoiupunktidel. Polikliinikul on

raskusi haigete hospitaliseerimisega. Linna tervishoiuosakond peab neid polikliinikuid senisest rohkem abistama.

Tartu linnas on 16 territoriaalset arstijaoskonda, jaoskonnas on 4500—5000 inimest. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla polikliiniline osakond teenindab 4 linnajaoskonda ja Tartu ümbruse maa-arstijaoskonda. Peale selle töötab Tartu kliinilise haigla juures konsultatiivne polikliinik, mis teenindab vabariigi lõunarajoonide maaelanikkonda. Konsultatiivne polikliinik annab maarajoonidest saabunud haigetele kvalifitseeritud arstiabi. Väljasõidud rajoonihaiglatesse toimuvad süstemaatiliselt. Rajooniarstidele ja keskharidusega meditsiinipersonalile kvalifikatsiooni tõstmiseks organiseeritakse vastavaid kursusi.

Tartu Vabariikliku Haigla töö on paranenud ja organisatsioonilis-metoodilise keskusena tuleb ta oma tööga toime.

Rahuldavalt on töö korraldatud Tartu Linna Polikliinikus (juhataja S. Aru). Polikliinik on ühendatud linnahaiglaga ja ta teenindab 12 territoriaalset jaoskonda. Iga jaoskonnaarst võtab polikliinikus 3 tunni jooksul vastu 14—15 inimest, päeva jooksul teeb igaüks 3—5 kodust visiiti. Peale 12 jaoskonnaarsti töötab polikliinikus 2 valvearsti. Haigeid teenindatakse samal päeval. Konsultandid J. Riiv, K. Kõrge, Ü. Lepp konsulteerivad haigeid graafiku järgi. Raskem on haigetel konsultatsioonile pääseda silma- ja kõrvaarstide juurde. Need arstid võtavad haigeid vastu Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas. Sõjakomissariaadi komisjoni on määratud eri arst, seda tehakse statsionaari töötaja arvel, et töö jaoskonnas selle all ei kannataks. Seda kogemust peaks kasutama ka teiste linnade polikliinikud.

Hästi on haigete ambulatoorne teenindamine organiseeritud Otepää Rajoonihaigla polikliinikus (peaarst L. Raaga), Jõgeval (rajooni peaarst E. Mihkelsoo), Türil (rajooni peaarst S. Ratnik), Kiviõlis (rajooni peaarst O. Kladova). Ambulatooriumid on mugavad ja puhtad. Arstlik teenindamine ambulatooriumides on organiseeritud nii, et arstiabi on kättesaadav kogu päeva jooksul. Järjekordi ei ole. Arstide töö profülaktika alal jätab siiski veel soovida. Nende rajoonide peaarstid kontrollivad ja suunavad pidevalt arstide tööd territoriaalsetes jaoskondades. Regulaarselt peetakse tootmiskoosolekuid, kus arutatakse ravialaseid päevaküsimusi. Parandatud on oma tööd ka Valga Haigla Polikliinik.

Veel paremad võimalused ambulatoorse töö organiseerimiseks on Rakveres (rajoonihaigla peaarst N. Volkova, peaarsti asetäitja P. Laasik). Polikliiniku ruumid on head. Küllaldane kvalifitseeritud kaader, varustus ja sisseseade (5 sanitaarautot) võimaldavad eeskujulikult organiseerida rajooni elanikkonna ambulatoorset teenindamist. Kuid neid võimalusi ei kasutata. Peamine tähelepanu on suunatud kirurgilisele tööle statsionaaris. Polikliinilises töös esineb tõsiseid puudusi. Tootmiskoosolekuid peetakse harva, profülaktiline töö on laostunud. Enamik jaoskonnaarste tunneb halvasti elanikkonna ja laste tervislikku seisundit. Eriarstide (kõrvanina-kurgu-silmaarst, stomatoloog) juurde on järjekorrad. Haigete eelregistreerimist ei toimu. Maalt ja Ubja kaevandusest sissesõitnud haiged ei pääse sageli arsti juurde, sest järjekorranumbrid on juba välja antud. Nõrk on töö onkoloogia alal. Rajoonihaigla peaarsti N. Volkova ja tema asetäitja ravi alal P. Laasiku organisatsiooniline ning metoodiline abi maa ravi- ja profülaktikaasutustele on vähene. Seepärast töötavad paljud velskri-ämmaemandapunktid nõrgalt: nende keskmine päevane vastuvõtt ambulatooriumis on 3—4 haiget ja 0,5—0,8 visiiti kodus.

Kui Rakvere rajoon ühena esimestest alustas põllutööliste aktiivse dispanseerimisega, siis viimasel ajal on see töö hooletusse jätud isegi nendes jaoskondades, kus see omal ajal oli hästi korraldatud (Roela maa-arstijaoskond, juhataja T. Fuks). Ka Võru Rajoonihaigla polikliiniku töö on nõrgalt organiseeritud.

Orissaare Rajoonihaigla ambulatoorne osakond asub haiglast kaugel ja seepärast esineb siin raskusi. Eriarstid ei võta iga päev ambulatooriu-

mis vastu, sest nad ei jõua samal päeval töötada statsionaaris ja ambulatooriumis.

Maa-arstijaoskondade juhtimine on nõrk. Dispanseeritud on ainult mõned haigete rühmad. Dispanseerse töö kvaliteet ei ole kõrge.

1958. a. paranes Eesti NSV-s elanikkonna polikliiniline teenindamine: peäs jaoskonnaterapeudi juurde enamikus polikliinikutes ja ambulatooriumides muutus rahuldavaks, haiged pääsesid arsti juurde samal päeval.

Halvem on erialase teenindamise olukord, vaatamata eriarstide arvu suurenemisele on otolarüngoloogide, silmaarstide, neuropatoloogide ja stomatoloogide juurde pääsemiseks järjekorrad. See on tingitud eriarstide vähesusest ja nende töö nõrgast organiseerimisest. Osaliselt on selle põhjuseks ka asjaolu, et linnade tervishoiuosakonnad ning ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad ei pööra küllalt tähelepanu jaoskonnaterapeutide kliiniliste teadmiste süvendamisele. Ometi on just viimased keskseks kujukaks elanikkonna polikliinilise teenindamise süsteemis. Jaoskonnaarstide mittepiisava kliinilise ettevalmistuse tõttu ei pööra nad vajalikku tähelepanu haigete põhjalikule uurimisele kaebuste puhul kuulmis- või nägemis- ja muude häirete kohta, saates haigeid eriarstide juurde sageli ilma põhjusega.

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri nr. 69-m näeb jaoskonnaterapeutide töö ratsionaliseerimiseks ette kahelülisüsteemi linnahaiglates, s. o. üks jaoskonnaarst töötab jaoskonnas ja statsionaaris, teine aga statsionaaris ja polikliinikus. Kui statsionaar asub kaugemal kui 1-2 kilomeetrit, või kui statsionaari ja polikliiniku võimsus ei ole võrdne, tuleb jaoskonna terapeutide töö organiseerida vahetustega. Sel juhul jaoskonnaarstid vahetuvad pärast polikliinikus ja jaoskonnas või statsionaaris töötamist kindlaksmääratud graafiku järgi nii, et iga arst töötab 1—1,5 aasta jooksul 3—5 kuud statsionaaris. See vahetussüsteem ei tohi rikkuda jaoskondlikkuse printsiipi. Pediaatritele ja teistele arstidele soovitatakse ainult vahetussüsteemi.

Mõnedes haiglates rikutakse neid printsiipe. Vahetuse tähtaegadest ei peeta alati kinni ja arstid töötavad polikliinikutes ning nõuandlates mitu aastat järgemööda, kuid ei tööta statsionaaris ning vastupidi.

Puuduseks mitme polikliiniku töös on see, et haigestumust ja ajutist töövõimetust ei analüüsita konkreetsetl iga arsti suhtes. Seepärast ei võeta õigeaegselt tarvitusele ka vajalikke organisatsioonilisi abinõusid ning haigeid dispanseeritakse alles siis, kui haigus on juba kaugele arenenud.

1958. aastal on AKK töö mõnevõrra paranenud, kuid AKK töötajad viibivad veel harva tervishoiupunktides ja tööstusettevõtetes ning ei tunne küllaldaselt tootmistehnoloogiat, mille tõttu esineb vigu ekspertii sis, ebaõigeid otsuseid töövõimetuslehtede väljaandmisel ning ajutise ja osalise töövõimetusega tööliste töö korraldamist. Juhtub ka, et AKK konsulteerib haiget teda saatnud ordinaatori või jaoskonnaarsti juuresolekuta. AKK ei juhi küllaldaselt polikliiniku ordinaatorite tööd.

J ä r e l d u s e d

Nõukogude tervishoiu peajooneks on profülaktika. Paljud polikliinikud aga ei rakenda profülaktilisi menetlusi vajalikul määral. Haigete dispanseerimine on veel formaalne ega vasta alati ülesseatud eesmärgile. Väljaselgitatud haigete spetsiaalne ravimine ning tööliste töö ja elukonna tervistamine ei ole alati sihipärane. Sanitaarharidustöö on pealiskaudne. Sanitaarhariduse majad organiseerivad puudulikult propagandat polikliinikute töö parandamise ja elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmise alal.

Esineb veel palju puudusi polikliinilise vastuvõtu, arstide ühtlase ja tööstusettevõtete tööliste eelisteindamise organiseerimisel ning esmase vastuvõtu ja korduvate külastuste reguleerimisel.

Paljude polikliinikute ruumid on kitsad ja halvasti remonditud, haigete ooteruumid on ebamugavad, seal on haigetele lugemiseks vähe raamatuid, ajalehti, ajakirju ja lilli.

Ka registratuuride töös on puudusi, registratuuri ruumid on kitsad, kartoteekides leidub rajoonist lahkunud isikute kaarte ja palju dublikaate.

Haigete registreerimistalonge vorm 25-v peetakse valesti, mille tõttu raisatakse palju statistiku tööaega.

Elanikkonna polikliinilise teenindamise ja haigete koduse ravi organiseerimise parandamiseks peame otstarbekohaseks soovitada, et ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad koos eriarstidega arutaksid tootmisnõupidamistel polikliinikute töö seisukorda ja töötaksid välja konkreetsed abinõud polikliinikute töö parandamiseks ning tugevdaksid profülaktilist suunda oma töös, pöörates erilist tähelepanu tööstusettevõtete tööliste teenindamisele ning süstemaatiliselt kontrollides, kuidas arstid annavad välja töövõimetuslehti. Suuremates linna ja rajoonidevahelistes haiglates tuleb organiseerida kardioreumatoloogilised kabinetid, et parandada reuma haigete dispanseerimist haiguse varajastes staadiumides.

Kõikides linnades tuleks läbi mõelda võimalused ühtsete territoriaalsete arstijaoskondade organiseerimiseks.

Käesolevas töös mainitakse ainult polikliinikute ees seisvaid ülesandeid ja analüüsitakse mõnede polikliinikute tööd. Arvesse võttes, et polikliinilised asutused on peamiseks lüliks elanikkonna meditsiinalasel teenindamisel ja et nende täpsest ning hästikorraldatud tööst olenebki teenindamise kvaliteet, peame vajalikuks ajakirjas «Nõukogude Eesti Teravishoid» avaldada polikliinikute töö alal järgmised artiklid:

1. Polikliiniku registratuuri tööst,
2. Arstide töö organiseerimine polikliinikus,
3. Haigete kodune teenindamine,
4. Tööstustööliste eeliste teenindamine,
5. Dispanseerne teenindamine,
6. Parima polikliiniku töökogemusi vabariigis,
7. Ajutise töövõimetuslehe ekspertiis ja AKK töö,
8. Keskharidusega meditsiinipersonali osa polikliinilise ambulatoorse teenindamise süsteemis,
9. Laste ja Naiste nõuandlate tööst.

Oleks väga soovitav, et haiglate ja polikliinikute meditsiinitöötajad saadaks toimetusele kaastööd, ettepanekuid, materjale ambulatooriumide ja polikliinikute tööst ning töökogemustest.

Võib loota, et Eesti NSV meditsiinitöötajad parandavad veelgi elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteeti ning võtavad NLKP XXI kongressi vastu kõrgete töönäitajatega.

О поликлиническом обслуживании населения

А. Нордберг

Резюме

Значение поликлиники в системе организации лечебно-профилактической помощи и охраны здоровья населения очень велико. Поликлиническое обслуживание является наиболее массовой, наиболее близкой формой оказания медицинской помощи населению. Через кабинеты поликлиники за год проходят миллионы людей. Значительное количество здоровых людей пользуются ею для получения различных справок, она проводит всестороннее обследование и выявление ранних форм заболеваний и их профилактики. Особенно велико значение поликлиники в борьбе за выявление ранних форм заболеваний, распознавание острых инфекционных заболеваний, проведение своевременной госпитализации больных и принятие необходимых противоэпидемических мер.

Важнейшей задачей органов здравоохранения нашей республики в настоящее время является улучшение качества поликлинического обслуживания городского и сельского населения. Правильная организация их приема и лечения — важнейшая обязанность медицинского персонала городских и районных больниц.

Первостепенное значение имеет правильное регулирование амбулаторных посещений больных. Чтобы добиться равномерной нагрузки всех кабинетов, сокращения времени ожидания больных, ликвидации очередей необходимо прежде всего планировать раздельный прием первичных и повторных больных. Первичным больным важно обеспечить прием в первые часы работы поликлиники (утренней и вечерней смен). Их прием регулируется согласно талонам по ф. № 25 Т. В поликлиниках необходимо организовать предварительную запись больных на прием к врачам, где это еще не проводится.

Правильная организация приема больных требует прежде всего хорошо налаженной и четко работающей регистратуры, от ее работы во многом зависит сокращение времени ожидания приема, своевременное направление больных к соответствующему врачу, равномерная нагрузка, спокойная работа врача и порядок ведения и хранения всей медицинской документации.

В поликлиниках необходимо обеспечить хорошую информацию обслуживаемого населения в отношении времени приема больных врачами-специалистами, а в самой поликлинике — четко организовать немую справку (указатели, надписи и т. п.). Особенно четко должно проводиться оформление вызова врача на дом как в самой поликлинике, так и по телефону.

Уменьшение количества повторных посещений, улучшение медицинского обслуживания больных и правильная экспертиза временной нетрудоспособности требуют четко организованной работы врачебно-консультационной комиссии (ВКК) при амбулаторно-поликлинических отделениях больниц.

Определение трудоспособности — важнейшая функция лечащего врача, тесно связанная со всеми видами его деятельности, с диагностической и лечебно-профилактической работой. В большинстве случаев при обращении трудящегося за лечебной помощью перед врачом возникает вопрос о том, может ли больной продолжать свою работу, нуждается ли он в освобождении от любой работы и на какой срок, нуждается ли в измененных или облегченных условиях труда или в переводе на другую работу (временное или постоянно).

Максимально быстрое восстановление трудоспособности, ни одного необоснованного дня по больничным листкам, ни одного случая необоснованного заключения об инвалидности — первичная задача каждого врача при экспертизе нетрудоспособности.

В статье дается характеристика работы ряда поликлиник республики, которые за последние годы, хотя и улучшили качество обслуживания населения, но со специализированной медицинской помощью не вполне еще справляются.

Некоторые поликлиники систематически не проводят анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности, не предпринимают эффективных мер по лечебно-профилактической помощи и экспертизе временной нетрудоспособности. Под диспансерное наблюдение больные нередко принимаются с опозданием, уже при далеко зашедших клинических формах заболевания. Имеются еще недочеты в работе регистратур, организации поликлинического приема, в экспертизе временной нетрудоспособности.

Учитывая важные функции поликлиник, необходимость повышения качества и культуры их работы, весьма желательно в журнале «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» опубликовать ряд статей на темы:

1. О работе регистратуры поликлиники;
2. Организация работы врачей в поликлинике;
3. Обслуживание больных на дому;
4. О преимущественном обслуживании рабочих промышленных предприятий;
5. Диспансерное обслуживание;
6. Опыт работы лучшей поликлиники республики;
7. Экспертиза временной нетрудоспособности и работа ВКК;
8. Роль среднего медицинского персонала в системе амбулаторно-поликлинического обслуживания;
9. О работе женских и детских консультаций.

Надеемся, что медицинские работники республики поделятся с нашими читателями опытом своей работы по затронутым темам.

Müokardi infarktiga haigete ravimisest

A. Gunter,

meditsiiniteaduste kandidaat, Eesti NSV Tervishoiu
Ministeeriumi peaterapeut

Müokardi infarkti puhul on läbimõeldud ravi- ja profülaktika abinõude määramine raviva arsti vastutusrikkamaid ülesandeid. Selle haiguse kliiniline kulg on väga erinev. Pealegi on haigus tavaliselt äge, mille tõttu ravimiseks tuleb valida õige taktika.

Käesolevas artiklis tuuakse mõningaid meetoodilisi andmeid müokardi infarkti ratsionaalse ravimise alal. Selle ülesande lahendamise hõlbustamiseks lähtume müokardi infarkti kulu kõige levinumast jaotusest järgmisteks perioodideks: 1) prodromaalne periood, 2) äge periood, 3) alaäge periood, 4) infarktijärgne periood.

Mõistes sellise jaotuse suhtelisust ja iga skeemi puudulikkust, peame seda kasutama raviprintsiipide kergemaks määramiseks müokardi infarkti mitmesugustel etappidel.

1. **Prodromaalne periood.** Anamneesi hoolikal uurimisel võib paljudel haigetel sedastada müokardi infarkti eelnähtude perioodi: stenokardiahood sagenevad haigetel mitu päeva, mõnikord aga ka rohkem kui kuu aega enne infarkti teket, kusjuures valud on tugevamad ja tekivad juba väikese füüsilise või vaimse pingutuse puhul, mõnikord ka pärast söömist ja rahulikus olekus või öösiti. Pikeneb ka valude kestus. Kuigi sel perioodil ei saa haige objektiivse uurimise põhjal konstateerida mingeid katastroofi tunnuseid (temperatuuri, leukotsütoosi, kiirenenud SR), manitseb selline anamnees ravivat arsti siiski valvsusele, sest üks sellisest valuhoogetest võib lõppeda müokardi infarktiga. Need «infarktieelsed seisundid» esinevad umbes pooltel haigetel. Arvatakse, et infarktieelses seisundis põhjustab valu müokardi isheemia tõus koronaararteri mõne harukese järk-järgulise ahenemise tõttu. Sellise seisundi puhul tuleb paigutada haige voodisse, reguleerida dieeti, jättes toidusedelisel võimaluse korral välja meteorismi tekitavad toidud, reguleerida roojamist ja normaliseerida und. Võimaluse korral tuleb uurida vere protrombiini (selles seisundis täheldatakse sageli viimase tõusu), määrata vere hüübivust vähendavaid preparaate (salitsüülnaatriumi, aspiriini, dikumariini), ning koronaarset vereringet parandavaid ja anginoosseid valusid vähendavaid vahendeid. Nende profülaktiliste abinõudega võib müokardi infarkti sageli vältida. Edaspidi tuleb korrigeerida haige isikliku hügieeni, puhkuse, une, toitumise ja töö režiimi.

2. **Ägeda perioodi** võib tinglikult jaotada algfaasiks ja palavikufaasiks. Algfaas võib kesta umbes 24 tundi, sel puhul esinevad tugevad valud, motoorne rahutus ja veresoonte mitmeti väljenduv äge puudulikkus. Sageli esinevad sel perioodil ka südame puudulikkuse nähud. Nitroglütseriin, mille mõjul varem valud lakkasid, ei vähenda valusid või vähendab ainult nende ägedust. Muidugi, nitroglütseriini võib proovida korduvalt anda, kuid sel puhul peab arvestama, et kui haigel esinevad veresoonte ägeda puudulikkuse nähud (äge nõrkus, jäsemete jähnenemine, rohke higistamine, sagedane ja nõrk pulss, kollabeerunud veenid, tugev arteriaalse rõhu langus), siis võib nitroglütseriini kollapsit süvendada, põhjustades arteriaalse rõhu veel suurema languse. Seepärast manusta-

takse pantopooni (omnopooni) või parem morfiini, mis võrdlemisi vähe mõjustab südant ja veresooni, kuid nüristab tunduvalt valuvaistinguid ja kupeerib valuhoo kohe pärast esimest süstimist.

Tuleb meenutada V. Nezlini seisukohta, et «arst, kes anginoosse seisundi ajal viivitab morfiini manustamisega, teeb vea, millel on mõnikord rasked tagajärjed». Vaigistades valu, võib morfiin tundlikel isikutel mõnikord tekitada iiveldust ja oksendamist. Seepärast soovitatakse samas süstlas koos morfiumiga süstida nahaalusi ka atropiini. Üsikutel juhtudel ei vaigista ka selline menetlus tugevaid valusid. Sel puhul võib teha kuumi käevanne vasakule käele. Mõnikord annab tulemusi ka südamepiirkonna niisutamine klooritüülijoaga. Kui pärast morfiumi süstimist valu siiski ei vähene, soovitatakse määrada prekardiaalset piirkonda ja valude irradieerimise tsooni validooliga või viieprotsendilise mentooli-piiritusega. Hea valuvaigistav toime on südamepiirkonda asetatud meditsiinilistel kaanidel (4—6 tükki).

Koronaarsest spasmist tulenevate valude kupeerimiseks soovib K. Olenina süstida veenisisesi 10 ml järgmist spasmivastast lahust:

Rp.
Atropini sulfurici 0,001
Morphini hydrochlorici 0,01
Natrii bromati 1,0
Glucosi 4,0
Aquae bidestillatae 10,0

Pärast valude kupeerimist tuleb haige lamavas asendis hoolikalt läbi vaadata. Veresoonte ägeda puudulikkuse sümptoomide puhul tuleb kiiresti rakendada abinõusid veresoonte talitluse reguleerimiseks, nagu soojendajate aplitseerimine jalgadele, klaas teed või kuuma kohvi, kofeiini, kamprioli või kordiamiini süstimine nahaalusi. Müokardi laialdase infarkti puhul arenevad südame puudulikkuse nähud. Neil juhtudel ilmnevad koos valudega või kohe pärast valude möödumist hingeldamine, tahhükardia ja tsüanoos. Südametoonid on tuhmid. Vasaku vatsakese nõrgenemise korral on hingamine sagenenud, kopsude alumistes külgmistes osades on kuulda märgi väikesemullilisi raginaid, pulss on sage, korratu ja sageli arütmiline. Maksimaalne arteriaalne rõhk on langenud. Parema vatsakese talitluse nõrgenemise puhul esinevad kaelaveenide turse, pulsilaine mahu vähenemine, valud või raskustunne parema roidekaare all, iiveldus, mõnikord ka oksendamine, meteorism, maksa suurenemine, janu, oliguuria.

Südamepuudulikkuse selgesti väljendunud nähtude puhul tuleb peale kampri ja kordiamiini kasutada ka tugevama toimega südametegevust reguleerivaid vahendeid. Kõige väärtuslikum südametegevust tugevdav vahend on strofantiin, mis vastupidi digitaalse preparaatidele ei ahenda koronaarartereid. Peale selle toimib strofantiin kesknärvisüsteemisse rahustavalt. Strofantiini kasutatakse veenisisesi. Ta suurendab järsult digitaalsepreparaatide kumulatiivset toimet. Seepärast võib strofantiini süstida ainult 4-5 päeva pärast digitaalse preparaatide ärajätmist. Strofantiini süstitakse 10 või 20 ml koos viie- kuni neljakümneprotsendilise glükoosilahusega või 5-10 ml värskestvalmistatud steriilse füsioloogilise lahusega. Süstimine peab toimuma aeglaselt kolme kuni viie minuti jooksul. Annused peavad olema väikesed (0,0025—0,005 s. o. $\frac{1}{2}$ või 1 ampull strofantiini). Väljaarenenud ateroskleroosiga haigetele tuleb strofantiini süstida algul väga väikestes, edaspidi aga järk-järgult suurenevates annustes. Kui toime ei ole küllaldane või kestev, siis tuleb strofantiini süstida kaks korda päevas — hommikul ja õhtul. Strofantiini talumatust juhtub harva. Sel juhul tunneb haige südamepekslemist, iiveldust ja pitsitust rinnus. Säärased haiged taluvad paremini strofantiini veenisisesi tilkniristusi. Valitud strofantiiniannus lahust-

tatakse 100 ml 10- kuni 25-protsendilises glükoosilahuses ja nirstatakse veeni kiirusega 20—40 tilka minutis. Digitaalse ja selle preparaatide vagotooniline toime ning sellega seoses esineva koronaarterite ahennemise tõttu on digitaalse tarvitamisest aterosklerootiliste südamekahjustuste puhul peaaegu loobutud. Kui müokardi infarkti puhul õnnestub haigel valusid kiiresti kupeerida ja teda kollapsi või südame ägeda puudulikkuse seisundist välja viia, kerkib üles haige hospitaliseerimise küsimus. Linnas, kus tänavad on asfalteeritud ja transport hea, võib haige hospitaliseerida esimesel või teisel haiguspäeval. Keerukam on aga hospitaliseerimisküsimus maal, kus enamikul juhtudest jääb valikmeetodiks kodune ravi. Müokardi infarkti ägeda perioodi palavikuline faas vältab tavaliselt 8—14 päeva. Selle aja jooksul toimub koos müomalaatsiaga nekrotiseerunud südamelihase elementide lagundumine ja imendumine. Samal ajal algavad ka regenereerumisprotsessid. Peamiseks raviks on sel perioodil range voodirežiim. Haigel lubatakse pingutamata käsi liigutada ja pead pöörata, kõik muu, nagu asendi muutmine voodis ning siibri kasutamine — toimub meditsiiniõe ja sanitari abiga. Selline režiim kestab kogu müokardi infarkti ägeda perioodi jooksul.

On kindlaks tehtud, et infarktieelsel perioodil ja müokardi infarkti ägeda perioodi esimestel päevadel (1.—3. päev) tõuseb protrombiini, ühe verehüübimisprotsessi aktiivse osalise tase veres tunduvalt (110—125%). Hiljem alaneb protrombiinihulk veres, kuid infarkti ägeda perioodi lõpul ja alaägeda perioodi puhul tõuseb see uuesti. Verehüübimise kõrgenemise ja koronaarsüsteemi trombi tekkimise, samuti ka võimalike trombo-embooliliste tüsistuste vältimiseks on soovitatav kohe müokardi infarkti algusest rakendada antikoaguleerivat ravi. Antikoagulantide hulgas on kõige levikum dikumariin, mida võib kasutada ainult vere protrombiinisalduse süstemaatilisel kontrollimisel (iga päev või ülepäeviti). Peale selle peab haiget kontrollima võimalike hemorraagianähtude (mikrohematuuria, emaka verejooksud jne.) tekke avastamiseks. Dikumariini ei soovitata määrata haavandtõve ning veritsevate hemorroidide puhul, samuti ka menstruatsiooniperioodil.

Kui protrombiini hulk on suurenenud, määratakse dikumariini tavaliselt esimesel päeval 3 korda à 0,1, teisel päeval 2 korda 0,1, ja järgnevalt 3 korda päevas 0,05 või 2 korda päevas 0,05, vastavalt laboratoorsele andmetele vere protrombiinisalduse kohta.

Haiglasviibimise aja jooksul soovitatakse haigel vähendada protrombiinihulka 40—60 protsendini. Hemorraagiliste sümptomide tekkimisel jäetakse dikumariin ära ja määratakse verehüübimist soodustavaid vahendeid (kaltsiumkloriidi, K-vitamiini, askorbiinhapet). Kui vere protrombiini ei ole võimalik laboratoorselt uurida, siis määratakse vähem aktiivseid antikoagulante kui dikumariin. W. Connell'i tähelepanekud kõnelevad, et antikoagulante võib kasutada ka verehüübimise aega kontrollides. Autor arvab, et verejooksu oht esineb ainult siis, kui hüübimise aeg on üle 15—20 minuti. Kahtlemata peab neid tähelepanekuid kontrollima, kuid nende praktiline tähtsus on märgatav. Müokardi infarkti puhul tuleb korduvaid valusid kõrvaldada nitroglütseriiniga, validooliga või promedooliga. Valud on sel juhul enamasti isheemilist laadi. Seepärast on juba esimestest päevadest alates näidustatud südame koronaarveresooni laiendavate vahendite määramine (eriti kõrgenenud vererõhu puhul). Peale nitriitide on sellisteks vahenditeks veel eufülliin, teofülliin, diuretiin ja kofeiin.

3. Alaäge periood. Müokardi infarkti alaäge periood saabub pärast 8.—14. haiguspäeva. Sel perioodil jätkub südamelihases nekrootiliste masside imendumine, toimub granulatsioonikoe arenemine — järkjärguline armkoe moodustumine, kollateraalse vereringe tugevnemine ja veresoonte anastomooside laienemine. Alaäge periood kestab 4—6—8 nädalat. Sel perioodil peab range voodirežiim jätkuma. Haige liigutuste ulatust voodis võib suurendada ainult rangelt individualiseeritult, algul jalgadega,

seejärel, kui haige enesetunne ei ole häiritud, lubatakse tal neljanda haigusnädala lõpul 2—3 korda päevas minimaalse pingutusega iseseisvalt voodis pöörata. Sel puhul tuleb enne kuulatleda südametoone ja lugeda pulssi. Osal haigetest tekib pärast liigutusi galopeeriv rütm ja pulss sagedeb märgatavalt. See on märguandeks, et edaspidised liigutused peavad olema tagasihoidlikud. Kui haige paranemine jätkub (pulsi rütm, täitumine ja sagedus on normaalne, veresete väheneb), võib haige tavaliselt 5. nädalal iseseisvalt, kuid ettevaatlikult tõusta voodis istuli asendisse ja 1—2 päeva hiljem istuda 5—10 minutit voodi äärel allalastud jalgadega. Lõpuks võib ta meditsiiniõe abiga tõusta ja voodi kõrval seista. Seejärel piiratakse järk-järgult ja meetoodiliselt lamamisrežiimi ja kui haige on juba mõnevõrra tugevnenud ning veresete on normaalne ja südame-nõrkuse nähte ei esine, lubatakse tal haiglas liikuda: minna sööklasse jne. Valdavama osa ajast peab haige siiski voodis viibima. Otstarbekohane on ettevaatliku ravi-kehakultuuri määramine. Võimlemine valmistab haiget ette voodirežiimi ärajätmisele. Seejärel võidakse haige koju saata, kuid ta vabastatakse veel mõneks ajaks töölt ja lülitatakse tööprotsessi järk-järgult.

Tähtis tegur müokardi infarkti ravimisel on ravitoitlustamine — paljudeks söögikordadeks jagatud täisväärtuslik toit väikeste portsjonitena, üldise kalorite arvu tunduv piiramine infarkti ägedal perioodil, eriti inimestel, kelle nahaalune rasvkude on tugevasti arenenud.

Arvesse võttes, et müokardi infarkt tekib enamasti ateroskleroosi taustal, tuleb toidust välja jätta kolesteriini-rikkad ained, tugevasti piirata loomseid valke ja määrata toiduks metioniini- ning letsitiini-rikkaid aineid (kohupiim, tursk, kaeratangust valmistatud toidud), sest metioniin ja letsitiin tõkestavad kolesteriini ladestumist veresoonte seintele. Piirata tuleb ka vedeliku ja keedusoola hulka. Lülitatakse välja toiduained, millele tõttu vere hüübivus võib tõusta (tomatimahla, želée, sült, ülemäärane sidrunite tarvitamine).

4. Infarkti järgsel perioodil võivad haige seisundit raskendada mitmesugused neurootilise seisundi vormid, korduvad stenokardiad, vereringe puudulikkus ja korduv müokardi infarkt. Põetud infarkt viib mõnikord tasakaaluta psühhoemotsionaalse sfääriga haiged ärevasse haiguse kordumise ootamise seisundisse. Sellest seisundist väljaviimiseks tuleb haigeid optimistlike vestlustega mõjustada. Mõnikord on selliste haigete sedatiivne ravi paratamatu.

Eriti tähtis ja võrdlemisi keerukas on müokardi infarkti põdenud isikute töökorralduse küsimus. Seejuures tuleb arvestada haige individuaalset erinevust ja põetud infarkti raskust. Peab hästi tutvuma haige tööspetsiifika ja iseloomuga, samuti tema eluviisiga. Keelata tuleb isegi füüsilise töö, millega haige on harjunud, kuid mis on seotud tugeva või ka mõõduka, kuid alalise füüsilise pingutusega. Seepärast peab arst sageli tõsiselt kaaluma elukutse vahetamise või invaliidsuse määramise küsimust. Müokardi infarkti põdenud haiged tuleb dispanseerida.

Nagu näitavad kogemused, on mainitud haigetele kaugel asuvasse kuurortidesse sõitmine vastunäidustatud, sest see on seotud pika reisiga ja haige halva kliimaatilise adaptatsioonivõimega.

Lõpuks peab nõustuma V. Nezliniga, et õigeaegne ravi on müokardi infarkti puhul vastutusriikas kuid tänuväärne ülesanne.

KIRJANDUS. 1. Вальдман В. А. Выступление на XIV Всесоюзном съезде терапевтов, 1956. — 2. Гунтер А. П. Сб. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1957, 6, 48—49. — 3. Незлин В. Е. Коронарная болезнь, М., 1951. — 4. Оленина К. С. Терап. архив, т. XXIX вып. II, 1957, стр. 27. — 5. Сигал А. М. Казанский медицинский журнал, 1958, 1, 10—20. — 6. Смирнов В. Н. Вопросы лечения инфаркта миокарда. Методическое письмо. Казань, 1957. — 7. Connell W. F. Canad. Med. Assoc. J. 1957, 76, 8, p. 664—670.

Практические вопросы лечения больных инфарктом миокарда

А. Гунтер

Резюме

Лечение больных инфарктом миокарда — одна из ответственных задач, которую нередко призваны решать врачи в своей повседневной практике. Значительные вариации в клиническом течении этого заболевания и острота, с которой оно обычно протекает, диктуют необходимость своевременной и правильной терапевтической тактики.

На основании медицинской литературы, нами приводятся методические данные по рациональному лечению больных как в продромальный период, так и в острый, подострый и постинфарктный периоды.

ASEPTILISE JA TUBERKULOOSSE PÕLETIKU KULUST STREPTOMÜTSIINRAVI KOMBINEERIMISEL PENTOKSÜÜLIGA

G. Loogna

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski)

Infektsioosete protsesside, sealhulgas tuberkuloosi ravi efektiivsuse tõstmiseks kasutatakse antibiootikum² ja keemilisi preparaate kombineeritult mitmesuguste mittespetsiifiliste vahenditega. Viimaseid on tarvis rakendada peale muude kaalutluste ka veel sellepärast, et mõned antibakteriaalsed ravimid ei stimuleeri reparaatiivse protsessi üht või teist komponenti. Nii näiteks Abramsoni (1), Pusiku (12), Harkovi (16) jt. andmeil ei stimuleeri streptomütsiin tuberkuloosi ravimisel aktiivset mesenhüümi, ei soodusta granulatsioonikoe teket, mistõttu soovitatakse kasutada samaaegselt koereaktsioone stimuleerivaid vahendeid. Mõnede autorite arvates [Jurjeva (18), Lamanna (20)], ei aktiveeri streptomütsiin fagotsütoosi või soodustab seda ainult lühikest aega ravi alguses [Platonov jt. (11)]. Samal ajal on üldiselt tunnustatud fakt, et oma mittespetsiifiliste omaduste tõttu kiirendab see antibiootikum fibroplastilist reaktsiooni. Hashimoto (19), Li Tsini (7) ja meie poolt (8) on näidatud, et aseptilise põletiku tingimustes ei soodusta streptomütsiin sidekoe proliferatsiooni, kuid intensiivistab selle diferentseerumist (fibrotiseerumist).

Neist asjaoludest lähtudes on käesoleva töö ülesandeks selgitada histoloogilise uurimismeetodi abil, kas reparaatiivset protsessi aseptilise ja tuberkuloosse põletiku puhul saab stimuleerida ainult pentoksüüli manustamisega või kombinatsioonis streptomütsiiniga. Pentoksüül valiti kaalutlusel, et sel preparaadil on üsna polüvalentne toime organismisse, kuid tema mõju mitmesugustele põletikuliikidele on vähe uuritud. Pentoksüül stimuleerib hemopoeesi, mistõttu seda kasutatakse mõnede aleukiate ravimiseks [Lasarev ja Felistovitš (6)]. Pentoksüülil on antiflogistilised omadused [Grehh (5)], ta tõestab leukotsüütide fagotsütaarset aktiivsust [Tokarev (14), Tšjornenki (17)] ning soodustab regeneratiivseid protsesse [Bandman (2), Grehh (5)].

Tuberkuloosne põletik on polümorfne ja selles on raske eristada mingi ravimi toimet paranemisprotsessi üksikutesse lülidesse. Objektiivsemate andmete saamiseks ja uurimise mitmekülgsuse tagamiseks otsustati selgitada kasutatavate ravimite toimet esmalt aseptilise ja hiljem infektsioosse põletiku tingimustes.

Töö esimese osa katsemudeliks oli nekrootilise kolde organisatsiooni-protsess, mis esile kutsuti põletushaava tekitamise teel küüliku maksa-koesse. Antud mudelil on see eelis, et sidekoe vähesuse tõttu normaalses maksas on regenereeruv sidekude kahjustuse piirkonnas hästi eristatav ja täpselt mõõdetav. Katsed sooritati 32 küülikul, kes olid jaotatud 4 võrdseesse rühma. Vaatlused kestsid 8 ja 16 päeva. Operatsioonipäevast alates said vastava rühma loomad ööpäevas 50 000 TÜ streptomütsiini, 40 mg pentoksüüli kehakaalu ühele kilogrammile, või mõlemat ravimit samaaegselt nimetatud annustes. Katseaja möödumisel surmati loomad ja põletushaava piirkonnast võetud maksakoe tükikestest valmistati histoloogilised preparaadid. Viimastes olid peamiseks uurimisobjektiks nekrootilise kolde ümber kujuneva granulatsioonikoe mõõtmed ja ehitus.

Katsete tulemused. Histoloogilisel uurimisel selgus, et streptomütsiini kasutamisel kulgeb organisatsiooniprotsess sama intensiivselt kui kontrollloomadel. Erinevuseks oli aga see, et nekrootilise kolde ümber moodustunud granulatsioonikude oli suuremal määral armistunud ja hüaliniseerunud. Seega ilmneseid ka antud katsetes varem sedastatud seaduspärasused, et streptomütsiin ei kiirenda sidekoe regeneratsiooni, kuid stimuleerib selle diferentseerumist.

Esimese 8 päeva vältel ei ilmnenu pentoksüüli manustamisel olulisi erinevusi organisatsiooniprotsessi kulus. Kuueteistkümnendaks päevaks aga tekkis keskmiselt 13—18 protsenti rohkem granulatsioonikude kui kontrollrühmas. Ühtlasi muutus intensiivsemaks sidekoerakkude vohamine nekrootilisse massi. Granulatsioonikoe perifeersem kiht osutus mõnevõrra tihedamaks kui kontrollloomadel, kuigi mitte sel määral kui streptomütsiini manustades. Järelikult stimuleerib pentoksüül sidekoe proliferatsiooni ja mõningal määral ka selle diferentseerumist. Meie tähelepanekud ühtivad makroskoopiliste uurimiste tulemustega selle kohta, et pentoksüül soodustab eksperimentaalsete maohaavandite [Meštšerskaja (9)] ja infitseerimata naha- ning lihasehaavade paranemist (5, 6) kui ka kujuneva armkoe tihenemist (2).

Ka streptomütsiini ja pentoksüüli samaaegsel manustamisel 8 päeva kestel ei ilmnenu organisatsiooniprotsessi histoloogilises pildis iseloomulikke erinevusi. Pikemaajalistes katsetes võidi mõnel juhul juba makroskoopiliselt näha, et nekrootiline kolle on märksa väiksem kui ravimata loomadel. Mikroskoopilisel mõõtmisel selgus, et granulatsioonivöönd on neil loomadel keskmiselt kuni 30 protsendi võrra laiem. Nekrootilise koldega piirnev noor sidekoekiht oli kohevam ja rakurikkam ning ilmnese sidekoerakkude intensiivsem kasvamine kärbunud maksakoosse. Nekrootiliste osakeste vahel leiduvate fibroblastide ümber leidus kollageenseid kiude, mis kõneleb kiirenenud diferentseerumise protsessist, sest kontrollloomadel seda ei esinenud. Taolist nähtust oleme streptomütsiini kasutamisel ka varem täheldanud (8).

Selle katserühma iseärasuseks oli veel võõrkehahiidrakkude rohkus nekrootilise kolde piiril, mis viitab fagotsütaarse aktiivsuse tõusule. Kombinieritud ravi puhul ilmnese ka granulatsioonikoe tugevam fibrotiseerumistendents, kuid vähemal määral kui ainuüksi streptomütsiini manustamisel.

Nimetatud muutused organiseerimisprotsessi kulgemises kahe ravimi üheaegsel kasutamisel lubavad järeldada, et pentoksüül soodustab reparatiivset regeneratsiooni, kuid fibroplastilise reaktsiooni osas ei ilmne streptomütsiini ja pentoksüüli samasuunalise toime summeerimist.

Pärast streptomütsiini ja pentoksüüli toime kindlakstegemist sidekoe reaktiivsusesse aseptilise protsessi puhul asuti selgitama, mis efekt on neil tuberkuloosi puhul. Selleks kasutati meie instituudis G. Mihhailetsi ja I. Krönskaja (10) katsete materjali.

Autorid nakatasid 26 merisiga *Mycobacterium tuberculosis bovis*'e N 8 kultuuriga ja saavutasid 9 nädalaga generaliseerunud protsessi rohkete tuberkuloosikolletega regionaarsetes lümfisõlmedes, kopsudes, maksas ja põrnas. Pärast seda jaotati loomad 4 rühma ja, välja arvatud kontroll-loomad, alustati ülejäänute ravimist. Loomadele manustati päevas vastavalt 3000 ühikut streptomütsiini, 200 mg pentoksüüli või samades annustes mõlemat ravimit korraga. Väikesed streptomütsiiniannused valiti selleks, et mittespetsiifilise preparaadi toime selgemini nähtavale tuleks. Katsete kestuseks nakatamise päevast kuni ravi lõpuni oli 19 nädalat. Surnud või surmatud loomade kopsudest, maksast ja põrnast valmistati histoloogilised preparaadid.

Kontrollrühma 7-st meriseast suri 2 enne katsete lõppu, 5 merisiga elas katsete lõpuni. Kõigil loomadel leidusid uuritud elundeis ulatuslikud, osalt produktiivse, osalt eksudatiiv-alteratiivse iseloomuga tuberkuloossed muutused nõrkade reparatiivsete tunnustega.

Streptomütsiiniga ravitud loomade kopsus ja maksas ilmnesisid vähesed spetsiifilised muutused; täheldati peamiselt mõningaid tuberkuleid ja väiksemaid produktiivseid koldeid. Põrn oli selle rühma loomadel ainult veidi vähem kahjustatud kui ravimata juhtudel. Streptomütsiinteraapiale iseloomulikku tugevat fibroplastilist reaktsiooni antud katsetes kas ei täheldatud või see oli nõrgalt väljendunud. Arvatavasti oli see tingitud asjaolust, et ravi alguseks ei olnud veel kujunenud suuremaid koldeid, aga väiksemad kas taandarenesid või resorbeerusid antibiootikumi toimet. See on täiesti võimalik, sest Pusiku (13) andmeil võivad isegi petrifikaadid resorbeeruda ja Jurjeva (18) arvates ei tarvitse streptomütsiinravi puhul fibroosne reaktsioon alati minna oma lõpliku faasini, s. o. armistumiseni.

Ainult pentoksüüli saanud 7 meriseast suri 5 enne katsete lõppu, mis kõneleb tuberkuloosi raskemast kulust. Viimast kinnitab ka Mihhailtši ja Krönskaja (10) tähelepanek, et pentoksüülrühma merisigadel langes kaal tunduvalt. Histoloogiliselt leiti nende loomade organeis palju ulatuslikumaid ja raskemaid muutusi kui kontroll-loomadel. Järelikult raskendab pentoksüüli ilma antibiootikumita manustamine tuberkuloosi kulgu. On mõeldav, et sellel faktil on teatav tähtsus ka kliinilises praktikas mitte ainult tuberkuloosi suhtes.

Streptomütsiinravi kombineerimine pentoksüüliga andis märksa paremaid tulemusi kui antibiootikum üksinda. Pooltel loomadest ei täheldatud kopsus üldse spetsiifilise protsessi tunnuseid, teistel leidusid ainult üksikud väikesed tuberkulid. Analoogiline oli maksakoe leid, kuid siin esinesid ka tugevamini fibrotiseerunud tuberkulid kui streptomütsiinrühmas. Eriti selgesti ilmnis kombineeritud ravi tõhusus põrnas, kus 6-st meriseast 4-l ei täheldatud mingisuguseid tuberkuloosse protsessi tunnuseid, teistel väljendusid need nõrgalt. Olgu märgitud, et merisigadel, kellel ühes uuritavaist elundeist tuberkuloositunnused puudusid, esinesid need teistes elundites. Seega on välja lülitatud võimalus, et neil tuberkuloosne infektsioon üldse polnud arenenud.

Kombineeritud ravi kasuks kõneleb ka fakt, et sel juhul võtsid loomad kaalus juurde (10).

Kirjanduses ei leidu andmeid streptomütsiinravi kombineerimisest pentoksüüliga tuberkuloosi puhul, kuid on uurimusi, mis lubavad eeldada, et pentoksüül nähtavasti tugevdab streptomütsiini toimet. Näiteks Grehh (4) ja Beier (3) täheldasid kombineeritud ravi puhul kiiritustõve soodsamat kulgu, aga Tokarev (15) sai hiirtel selle raviviisiga pneumokokksepsise korral 25% võrra väiksema suremuse kui ainult antibiootikumiga ravidest.

Käesoleva töö esimese osa tulemusi saab ainult osaliselt üle kanda tuberkuloosile protsessile, kuid arvestades neid ja teiste autorite andmeid on alust eeldada, et pentoksüül aktiveerib antibakteriaalse ravi taustal mesenhümaalseid reaktsioone.

Pentoksüül ei ole toksiline ja leiab juba terapeutilist rakendamist, seetõttu lähtudes esitatud andmeist võib pidada põhjendatuks selle preparaadi toime edasist uurimist nii eksperimentaalselt kui kliiniliselt ning selle kasutamist kas üksinda või koos antibakteriaalsete ravimitega mõningate seisundite puhul, kui reparaatiivne protsess vajab stimuleerimist. Taolised uurimused on seda enam põhjendatud, et praktilise meditsiini käsituses on võrdlemisi vähe kudede regeneratsiooni soodustavaid sünteetilisi preparaate.

KIRJANDUS

1. Абрамсон Ф. Л. В сб.: Стрептомицин в терапии туберкулеза, М., 1949, 189—209. — 2. Бандман А. Л. Тезисы докл. науч. конф. Военномед. Акад., Л., 1957. — 3. Бейер В. А. Военно-мед. ж., 5, 9—15, 1955. — 4. Грех И. Ф. Мед. радиология, 5, 51—55, 1956. — 5. Он же. Фармакол. и токсикология, 5, 36—39, 1954. — 6. Лазарев Н. В., Фелистович Г. И. Пентоксил и его применение при алейкиях, Л., 1954. — 7. Ли Цзинь. Автореф. дисс., Л., 1957. — 8. Лоогна Г. О. Изв. АН ЭССР, серия биол., 6, 1, 73—84, 1957. 9. Мещерская К. А. Фармакол. и токсикология, 5, 41—43, 1953. — 10. Михайлец Г. А., Крынская И. Л. Изв. АН ЭССР, серия биол., 6, 3, 203—214, 1957. — 11. Платонов Г. Е. В сб.: Стрептомицин в терапии туберкулеза, М., 1949, 35—427. — 12. Пузик В. И. Стрептомицин в терапии туберкулеза, М., 1949, 150—169. — 13. Она же. Проблемы туберкулеза, 1950, 2, 13—22. — 14, 15. Токарев Ю. Н. Тезисы докл. науч. конф. Военно-мед. Акад., Л., 1957. — 16. Харьков А. А. В сб.: Стрептомицин в терапии туберкулеза, М., 1949, 113—132. — 17. Черненко Н. К. Автореф. дисс., Военно-морская мед. Акад., Л., 1955. — 18. Юрьева В. Ф. В сб.: Стрептомицин в лечении больных туберкулезом, Киев, 1952, 38—39. — 19. Hashimoto, Y. Rep. med. res. probl. Japan antitub. ass., 3, 1, 95—101, 1954. — 20. Lammanna, A. Sperimentale, 102, 88—92, 1952.

ТЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО И ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ КОМБИНАЦИИ СТРЕПТОМИЦИНА С ПЕНТОКСИЛОМ

Г. Лоогна

Резюме

Нашей экспериментально-морфологической работой преследовалась цель выяснить действие стрептомицина, пентоксила и их комбинаций на течение процесса организации асептического некротического очага, вызванного у кроликов прижиганием печени во время лапаротомии, и на туберкулезное воспаление у морских свинок.

Результаты исследований показали, что стрептомицин не изменяет темпа процесса организации, но ускоряет созревание грануляционной ткани; пентоксил на данной модели стимулирует пролиферацию соединительной ткани и способствует в более слабой степени, чем антибиотик, ее дифференцировке; при совместном введении этих препаратов процесс организации усиливается, но не наблюдается суммации фиброзирующих свойств стрептомицина и пентоксила.

Введение морским свинкам, болевшим генерализованным туберкулезом, одного пентоксила заметно ухудшало у них течение процесса. На фоне стрептомицинотерапии применение пентоксила дает лучшие результаты, чем один антибиотик.

На основании собственных данных и результатов исследований других авторов при некоторых патологических состояниях, требующих стимуляции репаративного процесса, рекомендуется применение пентоксила совместно с antibakterialными препаратами.

Tuberkuloosete krooniliste otitiide ravist ionoforeesi meetodi abil

S. Sibul

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolaringoloogia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent E. Siirde)

Raskused kroonilise otitiidi ravimisel on üldtuntud. Selle põhjuseks võib olla ka otitiidi tuberkuloosne iseloom, nagu see selgus kõrva mäda bakterioskoopilisel, bakterioloogilisel, bioloogilisel ja pato-histoloogilisel uurimisel meie poolt professorite F. Lepa ja A. Valdese juhendamisel. Nimetatud uurimised näitasid, et krooniline otitiit võib tuberkuloosne olla nii kopsutuberkuloosi põdevatel kui ka seda mittepõdevatel haigetel.

Käesoleva töö ülesandeks oligi selgitada krooniliste tuberkuloosete otitiide ravitulemusi tuberkuloosivastaste vahendite [streptomütsiin, paraamiinosalitsüülhape (PAS)] manustamisel ionoforeesi meetodi põhjal.

Ionoforees ehk ionogalvanisatsioon põhineb ravimi ionide viimisel kudedesse naha või limaskestade kaudu galvaanilise voolu abil [O. V. Kalina (1)]. Seega on ravim kõrva põletikukoldes mikroobidega kontaktis pikemat aega kui kõrvatilkadena manustamisel. Nõrk galvaaniline vool tekitab kudedes hüpereemiat ja soojenemist. Seega paraneb kudede toitumus ja fagotsütaarne funktsioon (G. A. Smirnov). Galvaaniline vool avaldab soodsat toimet kudede troofikale, mis on oluliseks teravistavaks faktoriks (P. Schenk). Peale selle on galvaanilisel voolul neuro-reflektoorne toime. Pärast ionoforeesi on võimalik kindlaks teha vastava ravimi (penitsilliini) leidumist veres ja uriinis. Järelikult ei ole ionoforees lokaalne vaid üldine ravimenetlus [I. I. Kolker ja A. I. Sorkin (4)].

Meile kättesaadavas kirjanduses ei leidunud andmeid tuberkuloosse otitiidi ravimise kohta ionoforeesiga. Küll aga on üksikud autorid [G. A. Smirnov (2), N. M. Rodionova (5)] mittetuberkuloosse kroonilise otitiidi ravimiseks manustanud penitsilliini või streptomütsiini ionoforeesi meetodil, kusjuures tagajärjed olid paremad kui ühegi teise konservatiivse ravimeetodi puhul (kõrvatilgad).

Ionoforeesravi said 52 haiget, kellest 10 pödes ka kopsutuberkuloosi. Osal haigetest esines mõlemapoolne otitiit. Ravi teostati 66 kroonilise otiidiga kõrvale, millest tuberkuloosse otiidiga oli 50 kõrva ja mittetuberkuloosse otiidiga 16 kõrva.

Anamnestiliselt olid kõikidel haigetel kõrvad haigestunud lapseas ja mädajooks kõrvadest oli kestnud kogu aeg (5—58 aastat). Nimetatud 66 otitiiti ei allunud varem tavalisele kroonilise otitiidi ravile, nagu sulfaniilamiidid, penitsilliin, boorpiiritus lokaalselt, samuti ka mitte operatiivsele ravile.

Ionoforeesravi alustati pärast granulatsioonide eemaldamist kõrvast (*polypotomia auris*, 1% formaliin, ionoforees 0,01—0,02% AgNO₃-ga). Ionoforeesravi toimus peamiselt endoauraalset ja nibujätke fistulite kaasumisel ka ekstraauraalset. Endoauraalset meetodi puhul viidi vastav ravim kõrva tampooniga või valati kuulmekäiku. Haige lamas tervel küljel. Aktiivne elektrood viidi kuulmekäiku ning indiferentne elektrood asetati vastaspoolse öla alla. Vestibulaaraparaadi ärritusnähtude vältimiseks lülitati vool sisse ja välja aeglaselt. Voolu tugevus kõikus 0,3 mA kuni 5 mA, raviseanss kestis 10 minutit. Algul toimus ravi iga päev, alates teisest nädalast aga ülepäeviti. Ravikuur koosnes 20 seansist.

Ekstraauraalset moodust puhul asetati aktiivne elektrood nibujätkele, indiferentne elektrood aga vastaspoolse öla alla.

Ravimina kasutati streptomütsiini 10 000 ühikut ühes milliliitris vesilahuses või PAS-i 10-protsendilist lahust. Streptomütsiin viidi sisse anoo-

dilt ning PAS katoodilt. Ionoforeesravi efektiivsuse selgitamiseks ei rakendatud samaaegselt muud spetsiifilist tuberkuloosivastast ravi, välja arvatud vitamiinid ning hügieeniline ja dieteetiline ravi.

Ravitulemused olid järgmised: pärast 3—6 ionoforeesravi seanssi vähenes mädaajooks, kuid suurenes tavaliselt pärast paari järgnevat raviseanssi uuesti. Edaspidi vähenes mädaajooks pikkamööda kuni kadus täielikult või jäi osaliselt püsima.

Pärast ionoforeesravi esimest kuuri oli paranemine märgatav (mädaajooks lakkas, põletikulised nähud kadusid, radikaalkoobas epitelizeerus), umbes pooltel tuberkuloosetest (23 juhul 50-st) ja mittetuberkuloosetest (8 juhul 16-st) otiidijuhtudest. Ülejäänud juhtudel oli paranemine osaline (mädaajooks vähenes märgatavalt 11 tuberkuloosse otiidi ja 5 mittetuberkuloosse otiidi puhul) või seisund jäi endiseks (16 tuberkuloosse otiidi ja 3 mittetuberkuloosse otiidi puhul).

Ionoforeesikuuri kordamisel lakkas või vähenes mädaajooks ka nende krooniliste tuberkuloosse otiidi juhtude puhul, kus esimene ravi-kuur ei andnud tagajärgi.

Seoses ionoforeesraviga märgati ka kuulmise paranemist 0,5—4 m sosinkõnele. Juba ravi ajal märkasid haiged kuulmise paranemist pärast 4.—5. raviseanssi ja hiljem.

Kuulmise audiomeetriline kontrollimine näitas, et pärast ionoforeesravi tõusis kuulmisteravus peamiselt keskmiste toonide osas 5—30 db võrra.

Kõik kroonilise otiidi kliinilised vormid (mesotümpaniit, seisundid pärast keskkõrva radikaalset operatsiooni, epitümpaniit) allusid ionoforeesravile. Kõige paremini reageerisid ravile aga juhud ilma granulatatsioonideta, kolesteatoommassita ja luukaarieseta ning kui sekundaarses mikroflooras ei esinenud *Proteus vulgaris*'t.

Ravimitest andis PAS kõige paremaid tagajärgi nii tuberkuloosete kui ka mittetuberkuloosete otiitide puhul. Streptomütsiin tekitas vahel ärritusnähte väliskuumekäigus. Mittetuberkuloossed otiidid ei allunud ionoforeesravile streptomütsiiniga. Märksa paremad olid tuberkuloosete otiitide ravi tagajärjed streptomütsiini ja PAS-i manustamisel vaheldumisi.

Ravi positiivsed tagajärjed (mädaajooksu puudumine) kestsid 2 kuust kuni 2 aastani, s. o. vaatlusaja lõpuni. Ühel kolmandikul juhtudest täheledati retsidiive $\frac{1}{2}$ —2 aastat hiljem, kuid ionoforeesravi kordamine andis jälle positiivseid tulemusi.

Kuigi ionoforeesravile ei järgnenud alati täielik paranemine, siiski osutus see tõhusamaks kui seni kasutatud ravivõtted.

Kroonilise tuberkuloosse otiidi ionoforeesravi tõhususe tõstmiseks on vaja määrata kõrva mädas leiduva tuberkuloositekitaja tundlikkus streptomütsiinile ja sekundaarse mikrofloora resistentsus antibiootikumide suhtes. Tarvilik on ka samaaegne üldine tuberkuloosivastane ravi.

KIRJANDUS. 1. Калина В. О. — Ионотерапевтика. В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода. 809—811, М., 1954. 2. Смирнов Г. И. — Военно-медицинский журнал, 8, 47—50, 1951. 3. Schenk, P. — Wiener Med. Wochenschrift, 105 Jahrgang, H. 25/26, 528—529, 1955. 4. Колкер И. И. и Соркин А. И. — Вестник оториноларингологии, 1, 24—28, 1953. 5. Родионова Н. М. — Консервативное лечение хронических гнойных средних отитов путем ионотерапии пенициллина и стрептомицина. Тезисы докладов Всесоюзной конференции оториноларингологов с 5—8 июля 1954 г., 30, М., 1954.

О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОТИТА МЕТОДОМ ИОНОФЕРЕЗА

С. Сибуль

Резюме

Произведенные кафедрой оториноларингологии Тартуского государственного университета бактериоскопические, бактериологические и биологические исследования ушного гноя, а также пато-гистологические исследования органов морских свинок, инфицированных ушным гноем, показали, что хронический отит может быть туберкулезным как у легочно больных, так и не у легочно больных. Поэтому понятно, почему обычный метод лечения отита в таких случаях не дает положительных результатов.

Наша задача состояла в том, чтобы выяснить результаты лечения хронического туберкулезного отита введением антибиотиков (стрептомицин, ПАСК) методом ионофореза.

Он был применен к 52 больным, из которых 10 болели и туберкулезом легких. У большинства лечившихся имелся двухсторонний отит. Лечение хронического отита было проведено в 66 случаях, из которых 50 были с туберкулезным отитом и 16 — с нетуберкулезным. В упомянутых 66 случаях больные не подвергались ранее обычному лечению хронического отита (местно—борный спирт, сульфаниламиды и т. д.).

Лечение ионофорезом проводилось в основном эндаурально, а при наличии свищей сосцевидного отростка — также через свищ. При этом пользовались водным раствором 10 000 ед. стрептомицина в 1 мл или 10% раствором ПАСК. Стрептомицин вводили с анода, ПАСК — с катода. Курс лечения состоял из 20 сеансов.

После первого курса лечения ионофорезом заметно было значительное улучшение (гноетечение прекращалось, явления воспаления исчезали, полость радикальной операции эпителизировалась) у 23 из 50 больных с туберкулезным и у 8 из 16 — с нетуберкулезным отитом. В остальных случаях отмечалось или частичное улучшение (заметное уменьшение гноетечения у 11 туберкулезных и 5 нетуберкулезных), или состояние оставалось прежним (у 16 туберкулезных и 3 нетуберкулезных).

После второго курса лечения ионофорезом гноетечение прекратилось также и в тех случаях хронического туберкулезного отита, где первый курс не дал положительного результата.

В связи с методом лечения ионофорезом отмечалось также улучшение слуха (с 0,5 до 4 м шепотной речи). Аудиометрически чувствовалось повышение остроты слуха с 5 до 30 дб.

Все клинические формы хронического отита — мезотимпаниты, состояние после радикальной операции среднего уха и эпитимпаниты были подвергнуты лечению ионофорезом. Лучшие результаты были в тех случаях, где отсутствовали грануляции, холестеатомные массы и кариес кости, а также при отсутствии в секундарной микрофлоре *Proteus vulgaris*.

Наилучшие результаты были получены при ионофорезе ПАСК как туберкулезного, так и нетуберкулезного отита. Стрептомицин же вызывал иногда раздражение наружного слухового прохода. При ионофорезе стрептомицином нетуберкулезного отита гноетечение не прекращалось. Заметно хорошие результаты отмечались при лечении туберкулезного отита, применяя попеременно стрептомицин и ПАСК.

Положительные результаты лечения, например, отсутствие гноетечения длилось от 2 месяцев до 2 лет, т. е. до конца времени наблюдения.

Для повышения эффективности лечения хронического туберкулезного отита ионофорезом нужно предварительно определять чувствительность возбудителя туберкулеза в ушном гное к стрептомицину и резистентность секундарной микрофлоры к антибиотикам. Одновременно необходимо проводить общепротивотуберкулезное лечение.

TORAKOPLASTIKA TUBERKULOOSSE EMPÜEEMI RAVIMISEL

E. Kama

(Tallinna Tuberkuloosihaglast, peaarst L. Osminina)

Mädane pleuriit on üks ohtlikumaid kopsutuberkuloosi komplikatsioone, eriti kunsttehisliku pneumotooraksi puhul. Antibakteriaalne ravi suurendab küll tunduvalt kopsutuberkuloosi kõigi raviviiside efektiivsust, kuid alati ei väldi empüeemi teket. Kirjanduse andmeil 10—20 protsendil tuberkuloosihageist, kelledele rakendatakse mitmesuguseid kirurgilisi operatsioone, sealhulgas nii intra- kui ka ekstrapleuraalset pneumotooraksit, tekivad ekssudaadid, mis 6—10 protsendil juhtudest muutuvad empüeemideks.

Suhteliselt sageli esineb empüeem mitteefektiivse pneumotooraksi puhul.

Trifonova (7) andmeil (1957. a.) moodustasid juhtude üldarvust empüeemid pneumotooraksi komplikatsioonina 75,2%, pärast kirurgilisi operatsioone, nagu pneumolüüs, kopsureseksioon jt., 10,5%, pärast spontaanset pneumotooraksit 7,6% ja pärast ekssudatiivset pleuriiti 6,7%.

Tšehhi autori Jančiki (10) andmeil esines empüeem pärast pneumotooraksit 72%, ekstrapleuraalset pneumolüüsi 14%, ekssudatiivset pleuriiti 9%, torakoplastikat 3% ja pärast reseksiooni ainult 2% juhtudest.

Suhhanovski (ref. 7) andmeil esines empüeem pneumotooraksi komplikatsioonina enne antibakteriaalse ravi ajastut 6—15%, antibakteriaalse ravi ajastul aga 4,5% juhtudest.

Kuigi empüeemid seoses antibakteriaalse ravi rakendamisega esinevad harvemini, on nende ravimise küsimus ka tänapäeval aktuaalne.

Kui jälgida tuberkuloosse empüeemi kulgu, siis selgub, et sageli pole haigete juures rakendatud süstemaatilist kompleksset ravi. Tuberkuloosse empüeemi ravimisega ei tegele ftisiaatrid meeleldi ja samuti ei taha neid ravida ka kirurgid, sest ravi on pikaajaline ja vähese efektiga, kusjuures letaalsus on kõrge.

Kliiniline paranemine, mida konservatiivse ravi puhul mõnedel juhtudel täheldatakse, ei ole alati püsiv. Empüeemihaiget ei saa pidada terveks, kui pleura jääköös ei ole likvideeritud. Viimase püsimisel on empüeemi prognoos halb, sest aja jooksul kaasub paratamatu siseelundite amüloidoos.

Kui aga empüeemiõõne likvideerimine toimub kopsu õigumise (dekolabeerimise) teel, siis ägeneb sageli tuberkuloosne protsess kopsudes.

Viimasel ajal on kirjanduses toodud andmeid tuberkuloosse empüeemi ravimise kohta antibakteriaalsete vahenditega ja mitmesuguste aspiratsioonimeetodite abil. Seejuures sõltub ravi efektiivsus otseselt protsessi kestusest, ulatusest, iseloomust ja bronhotorakaaluuriste olemasolust. Trifonova andmeil (1957. a.) annab konservatiivne ravi tulemusi ainult värske — kuni 3 kuud kestnud empüeemi puhul. Fibrokavernoossete kopsuprotsesside ja bronhiaaluuriste esinemisel andis konservatiivne ravi vähe tagajärgi: 30 sellesse rühma kuuluva haige juures saavutas autor paranemise ainult 7 juhul.

Väga sageli on tuberkuloosse empüeemi põhjuseks bronhopleuraalne uuris, mis Šebanovi (6) järgi esineb 27,3 protsendil juhtudest. Väikese diameetriga perioodiliselt funktsioneerivat uurist on kliiniliselt raske diagnoosida. Veili (ref. 3) järgi on selliseid uuriseid ka sektsiooni puhul raske leida. Sageli võivad ainult ravi käigus kaasuvad nähud kinnitada uurise olemasolu, näiteks kui kops pärast korduvat mäda ja õhu eemaldamist ei õigu, tuleb kahtlustada bronhiaaluurist.

Professor Boguši (3, 4) järgi on bronhopulmonaalse uurisega empüeemi puhul näidustatud kirurgiline ravi. Otsesteks kirurgilise ravi näidustusteks on: 1) ühepoolne empüeem bronhopulmonaalse või bronhopleurotorakaalse uurisega, 2) punktsioonide ja loputustega tulemusteta ravitud subakuutne ja krooniline empüeem, kui jääköös jääb püsima ja mäda kogunemine kestab, 3) ühepoolne tuberkuloosne empüeem sega-infektsiooniga.

Tuberkuloosse empüeemi operatiivsele ravimisele on vastunäidustuks: 1) kaugelearenenud tuberkuloosne protsess teises kopsus, 2) südame- ja veresoontesüsteemi kahjustus kopsu madalate funktsionaalsete näitajatega, 3) väljakujunenud siseelundite amüloidoos.

Tuberkuloosse empüeemi kirurgilistest ravimeetodeist ei ole mõned radikaalsed, näiteks kinnine ja lahtine torakotomia, tamponeerimised Višnevski järgi, mõned on aga liiga traumaatilised ning ei leia selle tõttu kasutamist, näiteks Schede operatsioon ja Sauerbruchi totaalne ühetapiline torakoplastika (1).

Käesoleval ajal kasutatakse NSV Liidus tuberkuloosse empüeemi ravimisel torakoplastikat Simenšteini (8), Kisseljovi ja Boguši meetodite järgi (3, 4).

Viimasel paaril aastal on NSV Liidus hakatud rakendama tuberkuloosse empüeemi ravimisel ka pleurektoomiat vajaduse korral koos kopsu resektsiooniga. Sel puhul eemaldatakse empüeemikott koos pleuradega ja kahjustatud kopsuosadega või kogu kopsuga [Amossov (2), Boguš (9)].

Vähem radikaalsed meetodid, nagu torakotoomia ja tamponeerimine Višnevski järgi, annavad tulemusi peamiselt värskete ja piiratud empüeemide puhul [Antelava ja Mandelšteini (5) andmeil]. Mis puutub aga kroonilistesse tuberkuloossetesse empüeemidesse, siis võib tamponeerimine Višnevski järgi eelneeda ainult torakoplastikale.

Kroonilise tuberkuloosse empüeemi puhul tekib pleuralehtedes tugev paksenemine ja sklerootiline protsess, mistõttu need muutuvad üllirigiidseteks ja kopsu kollapsseisund püsivaks. Empüeemi on säärastel juhtudel võimalik ravida ainult operatiivse jääkõone likvideerimise teel kas torakoplastika või pleurektoomiaga, koos kahjustatud kopsuosa üheaegse eemaldamisega.

Tuberkuloosse empüeemi ravimisel torakoplastikaga on üksikud autorid saavutanud järgmisi tulemusi:

Eler (ref. 6)	1941 aastast	654-st haigest	tervenes	43,4%	suri	23,7%
Šebanov (6)	1946	66-st	„	24,3%	„	19,7%
Boguš (3)	1950	58-st	„	67,2%	„	13,8%
Jančik	1957	31-st	„	55,0%	„	22,0%

Torakoplastika efektiivsus empüeemi puhul on tunduvalt väiksem kui empüeemita tuberkuloosi puhul. Arvesse võttes, et suremus on tuberkuloosse empüeemi kirurgilise ravi puhul suur ja täieliku tervistumise protsent väike, ei saa tuberkuloosse empüeemi ravi seni pidada lahendatuks.

Ravi tagajärjed olenevad suurel määral ka haigete ravile ilmumise ajast. Viimasega tavaliselt hilinetakse ning tullakse ravile siis, kui pleuralehtedes on tekkinud massiivne skleroos ja kui on juba arenenud amüloidsoos.

Tallinna Tuberkuloosihaglas ravitakse tuberkuloosset empüeemi kirurgilise meetodi abil alates 1951. aastast.

Aastatel 1951—1957 on tuberkuloosset empüeemi kirurgiliselt ravitud 77 haigel, neist 52-l pärast intrapleuraalset ja 9-l pärast ekstrapleuraalset empüeemi ning 16-l pärast kopsuresektsioonile järgnevat empüeemi.

Käesolevas töös analüüsimise 61 intra- ja ekstrapleuraalse empüeemi haige ravitulemusi.

Opereeriti 45 meest, 16 naist. Haigete vanus oli 16—51 aastat. Empüeemid olid tekkinud peamiselt seoses õhkrindraviga. 52-st intrapleuraalsest empüeemist oli tekkinud pärast torakokaustikat 23, pärast mitteefektiivset pneumotooraksit 16, pärast pneumopleuriiti 4, pärast kaverno-toomiat 4, pleuriidist ilma eelneva õhkrindravita 4. Ühel juhul oli empüeem tekkinud aasta möödumisel pärast samapoolset torakoplastikat.

Opereeritud haigete kontingenti iseloomustas bronhiaal- ja torakaaluuriste ning tuberkuloosse ja segainfektsiooni esinemine empüeemi mädas. Bronhiaaluuris esines 52 haigel, torakaaluuris 4 haigel ja bronhopleurotorakaaluuris 1 haigel. Kõigil oli kopsutuberkuloos. Rõgas avastati tuberkuloosipisikuid 50 haigel. 33 haigel oli koldeline tuberkuloosiprotsess, 5 haigel aga kavern vastaspoolses kopsus. Kolme haiget raviti vastaspoolse pneumotooraksiga.

52-st intrapleuraalsest empüeemist esines 27-l totaalne, 20-l sub-totaalne ja 5-l piirdunud empüeem.

Intrapleuraalsete empüeemide kestus oli: 8 haigel üle 2 aasta, 5 haigel 1,5—2 aastat, 16 haigel üle 1 aasta, 17 haigel 6 kuud kuni 1 aasta.

Ekstrapleuraalsete empüeemide kestus oli kõigil alla 6 kuu. Opereeriti pärast tulemusteta konservatiivset, antibakteriaalset ja aspiratsioon-ravi ning 4 juhul pärast tulemusteta õhkrindravi.

Operatiivset ravi saajad haiged olid kurnatud, nende välised hingamisnäitajad olid väikesed: 25 haigel alla 2000 sm³, 7 haigel 1200—1500 sm³. Mitmel haigel esinesid väljakujunenud amüloidoos ja jäsemete ödeemid. Kolmel haigel leidis uriinis valku 1 promill, ühel haigel isegi 10 promilli.

Kõiki empüeeme opereeriti juht- ja paikse 0,5- ja 0,25-protsendilise novokaiini anesteesiaga. Üks päev enne operatsiooni manustati haigele barbamüüli 0,2, operatsiooni eel morfiini 0,01, viimast ka 3—4 päeva jooksul pärast operatsiooni 2 kuni 3 korda päevas. Mainitud anesteesia-meetodi kasutamisel ei esinenud šokk 61 haigel teostatud 234 operatsiooni-etapi puhul mitte kordagi.

Kahel haigel raske üldseisundiga (kõrge temperatuur, amüloidoos, fibrokavernoosne kopsutuberkuloos) kasutati seisundi kergendamiseks palliatiivse vahendina torakotoomiat. Mõlemad haiged surid 1—2 kuu jooksul pärast torakotoomiat süveneva intoksikatsiooni ja amüloidoosi tõttu. Ühel haigel likvideerus piirdunud empüeem torakotoomia ja järgnevate tamponeerimiste toimet Višnevski meetodil ning torakoplastikat polnud vaja.

Tallinna Tuberkuloosihaglas kasutatakse torakoplastikaks peamiselt professor Boguši meetodit, s. o. mitmeetapilist laiendatud torakoplastikat eelneva pleuraõõne laialdase avamise ja tervendamise, kasutades tamponeerimist Višnevski salviga. Sõltuvalt haige üldseisundist alustatakse torakoplastikaga umbes nelja nädala möödumisel torakotoomiast, s. o. pärast intoksikatsiooniperioodi. Sel puhul eemaldatakse parasternaalse löike kaudu ees ülal nelja ülemise roide eesmised osad koos roideköhrede, periosti ja roidevaheliste lihasnärvikimpudega. Järgmised torakoplastika etapid teostatakse kolme- kuni neljanädalaliste vaheaegadega, roietele paravertelraalselt lähenedes. Alatakse ülalt ja eemaldatakse ühe etapiga 4—5 roiet. Paravertelraalse torakoplastika puhul on oluline eemaldada roided koos roidekaela ja pähikuga ning teostada täielik dekostatsioon. Eemaldatavate roiete, samuti torakoplastikaetappide arv sõltub empüeemi ulatusest. Totaalse empüeemi puhul on sageli vaja rakendada lõpuks veel eesmine alumine torakoplastika etapp, mida kasutati meie haigetel 21 juhul. Sel juhul eemaldati ühtlasi parietaalne pleura jääköõne kohal. Seitsmele haigele istutati jääköõne ja uurise likvideerimiseks nahalihaslapp bioloogilise plommi näol.

Lahtise ravi puhul ainuüksi Višnevski järgi tamponeerimistega vähenes mõnel juhul empüeemiõõs osaliselt, mille tõttu ei olnud totaalset empüeemi puhul alati vaja rakendada totaalset torakoplastikat (tabel nr. 1).

Tabel nr. 1

Torakoplastika ulatus empüeemi likvideerimiseks

Empüeemi ulatus	Juhtude arv	Torakoplastika ulatus						
		11-roi-deline	10-roi-deline	9-roi-deline	8-roi-deline	7-roi-deline	6-roi-deline	5-roi-deline
Totaalne empüeem	24	3	8	9	4			
Subtotaalne empüeem	18			4	13	1		
Piirdunud empüeem	12					9	2	1

Intrapleuraalse empüeemi puhul suri opereerituist neli haiget pärast mitmesuguseid torakoplastika etappe: üks süvenevast intoksikatsioonist ja amüloidoosist, üks protsessi ägenemise tõttu teises kopsus, üks aju-emboolia tõttu ja üks kaasunud pneumoonia tõttu. Ekstrapleuraalsetest empüeemihaigetest ei surnud ühtegi. Opereeritud haigeile manustati enne ja pärast operatsiooni antibakteriaalseid vahendeid — streptomütsiini, ftivasiidi, PAS'i ja tibooni, rohkesti vitamiine ja kanti üle verd vähemalt 125 sm³ nädalas. Streptomütsiini anti operatiivse ravi vältel igale haigele keskmiselt 30—60 g, ftivasiidi 50—100 g, PAS'i rakendati vähe, sest empüeemihaiged taluvad viimast halvasti.

Pärast paljude roiete eemaldamist tekkinud õlavöötme- ja rindkere-lihaste funktsiooni taastamiseks ja parandamiseks rakendati järelravi-perioodil kehakultuuri.

Haiged viibisid statsionaarsel ravil 4 kuni 8 kuud.

Kirurgilise ravi abil likvideeriti empüeem ja tuberkuloosipisikute eritamine rõgaga 44 haigel 61-st, s. o. 72 protsendil. 11 haigel jäid püsima väikesed jääköõned või perioodiliselt avanevad torakaaluurised väga väheste eritustega. Nende üldseisund aga paranes tunduvalt. Viimati mainitud grupis likvideerus 7 haigel haigusprotsess kopsus ning tuberkuloosipisikud kadusid rõgast. Kolmel haigel, kellel enne operatsiooni olid kavernid ka teises kopsus, jäid pisikud rõgas püsima. Pärast operatsiooni suri haiglas 6 haiget, s. o. 9,8 protsenti.

Mitmeetapilise kirurgilise ravi vältel täheldasime enamikul haigetest kehakaalu langust, kopsumahu ja hingamispausi vähenemist ja mõnel juhul amüloidoosi süvenemist. Järelravi jooksul aga haiged kosusid. kopsumaht suurenes ja kahel juhul taandarenesid isegi amüloidoosinähud. Viimastel leidis uriinis enne operatsiooni valku 10 promilli ja ödeemid, ravi lõppemisel langes valgu eritus 2 promillini ja ödeemid kadusid.

Ravi tagajärjed olid seda paremad, mida lühemat aega oli kestnud empüeem. Letaalselt lõppenud juhtudel oli empüeem kestnud enne operatsiooni üle ühe aasta.

Opereeritud haigete ravimise hilised tulemused olid järgmised:

Alates 1951. a. opereeriti 61 haiget, kelledest suri haiglas operatsioonijärgsel perioodil kuus. Pärast haiglast lahkumist suri 3 haiget, neist üks kopsuverejooksu tõttu, üks protsessi ägenemise tõttu ja üks mittetuberkuloosse haiguse tõttu (pahaloomuline kasvaja). Kokku on surnud 9 haiget ehk 14,7% opereeritute arvust.

Kliiniliselt on seni terved 37 opereeritut, s. o. 60,7%. Tunduvalt on paranenud 8 haiget, s. o. 13,1%. Viimastel ei ole rõgast tuberkuloosibatsille leitud, perioodiliselt aga avanevad torakaaluurised väheste eritusega. Tervenenum ja paranenud on kokku 45 haiget, s. o. 73,8%. Viiel haigel (8,2%) esineb veel aktiivne kopsutuberkuloos ning rõgas leidub tuberkuloosibatsille. Kahe haige kohta puuduvad andmed. Opereeritud haigetest töötavad praegu 35, s. o. 57,3%.

J ä r e l d u s e d

1. Tuberkuloosse empüeemi tekke peamiseks põhjuseks on tulemusteta või mitteõigete näidustustega pneumotooraks.

2. Antibakteriaalne ravi ei väldi kõigil juhtumitel empüeemi teket.

3. Kui konservatiivne ravi 6 kuu vältel ei ole andnud tulemusi või kui esineb bronhiaaluuris, on kirurgiline ravi ratsionaalne.

4. Tuberkuloosne empüeem, eriti krooniline, on raske haigus, mille ratsionaalne ravimine ei ole seni rahuldavalt lahendatud.

5. Kaasaegne kirurgiline ravi seisneb kas mitmeetapilises torakoplastikas, millele eelneb empüeemi saneerimine, või pleurektoomias, mille puhul eemaldatakse kahjustatud kopsuosa või kogu kops.

6. Võrreldes tuberkuloosse empüeemi kirurgilise ravi tulemusi Tallinna Tuberkuloosihaiiglas teiste raviasutuste tulemustega (Boguš, Jančik, Šebanov jt.), võib neid pidada rahuldavaks.

Torakoplastika meetodiga tervistus 61 empüeemihaigest 44 (72%). Hilised tagajärjed olid kuni 6 aasta jooksul järgmised: tervistus 37 ini-

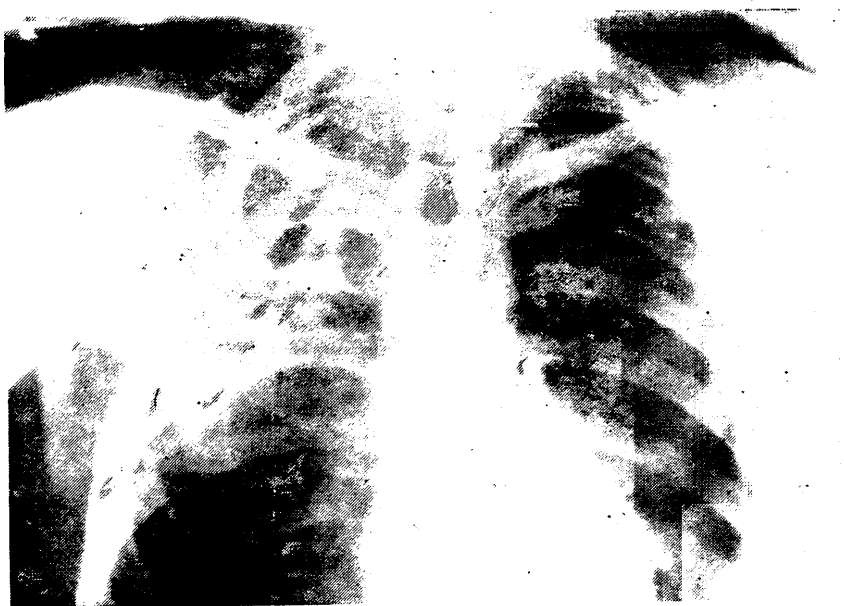


Joonis 1



Joonis 2

TAHVEL 2



Joonis 3



Joonis 4

mest (60,7%), paranes 8 (13,1%). Postoperatiivsel perioodil suri 6 haiget (9,8%), hiljem suri 3. Kokku on surnud 9 haiget (14,7%).

7. Seni oleme haiglas ravinud empüeemi mitmeetapilise torakoplastika abil. Pleurektoomiat kahjustatud kopsuosade eemaldamiseks ei ole teostatud tehnilistel põhjustel. Viimast tuleb aga pidada perspektiivseks operatsioonimeetodiks, mis võimaldab taastada kopsu funktsiooni ning vältida rindkere deformatsiooni.

8. Mitmeetapilise laiendatud torakoplastika abil saab ravida empüeemi ka kurnatud ja kaugelearenenud kopsutuberkuloosi puhul, millal radikaalsed operatsioonid on riskantsed.

9. Torakoplastikat võib rakendada empüeemi ravimiseks ka tuberkuloosse protsessi puhul vastaspooles kopsus.

10. Kirjeldatud meetodiga võib empüeemihageid tervendada nii empüeemist kui ka kopsutuberkuloosist ja sageli taastada haigete töövõime.

11. Torakoplastikameetodi negatiivse küljena empüeemihagete ravimisel tuleb märkida enamikul juhtudest rindkere märgatavat deformatsiooni ja ravi kestust.

Ravi tagajärgi opereeritud haigetel illustreerivad tahvlitel nr. 1 ja 2 toodud fotod.

Ravitagajärgede näitena toome kolm haiguslugu.

1. J. R., 51-aastane mees (Hgl. 7166), viibis ravil 1951. aasta oktoobrist kuni 1952. aasta maini. Kopsutuberkuloosi põdes ta alates 1949. aastast, millal rajati ka vasakpoolne õhkrind, millele järgnes spontaanne pneumotooraks ja empüeem. Haige üldseisund oli ravile saabudes raske: tal olid tekkinud vasakul totaalne empüeem, bronhiaaluuris ja segainfektsioon, kopsu tipuosas empüeemi vastaspoolel oli kavern, samuti esines tuberkuloosne larüngiit. Tuberkuloosipisikuid leidis nii rögas kui ka empüeemrõhmas (1. joon.). Kolm kuud kestnud kombineeritud antibakteriaalne ravi ja punktsioonid ei andnud tulemusi; ainult tuberkuloosne protsess kurgus taandarenes. Alustati kirurgilist ravi, tehti torakotoomia, millele järgnes tamponeerimine Višnevski meetodil ja 9-roideline torakoplastika viies etapis ning nahalihaselapi istutamine uurise likvideerimiseks. Empüeem likvideerus, samuti taandarenes kavern vastaspooles kopsus ning rögas ei leitud enam tuberkuloosipisikuid (2. joon.). Pärast paranemist haige abiellus, töötab praegu Tallinnas korstnapühkijana. Operatiivsest ravist on möödunud 6 aastat. Kopsumaht on praegu 1700 cm³. Tuberkuloosipisikuid ei ole enam eritunud. Rindkere deformatsioon torakoplastika tagajärjel on vähe märgatav.

2. Haige U. J., 23 aastat vana, (Hgl. 7284) viibis ravil 1953 aasta novembrist kuni 1954. aasta novembrini. Põeb tuberkuloosi alates 1950. aastast, 1952. aastal rajati õhkrind, millele kaasnes spontaanne pneumotooraks ja empüeem. Ravile saabumisel esinesid amüloidoosinähud, uriinis leidis valku 0,33 promilli ja jäsemed olid ödematoossed. Vasakul leidis totaalne empüeem bronhiaaluurisega. Mädas ja rögas esines tuberkuloosipisikuid. Konservatiivne ravi ei andnud tagajärgi. Teostati torakotoomia järgneva 8-roidelise torakoplastikaga neljas etapis.

Operatiivse ravi jooksul haigel süvenesid amüloidoosinähud, valgu hulk uriinis suurenes kuni 2 promillini ja esinesid hüaliinsilindrid. Ödeemid levisid kogu kehale. Järeldravi nõudis pikemat aega, kuid haige paranes: ödeemid taandarenesid, kadusid samuti valgu eritumine uriinis ja silindrid. Praegu on haige terve, tuberkuloosipisikuid ei leidu, uriinis esinevad vaid valgu jäljed.

3. Haige H. V., 18 aastat vana, (Hgl. 7858), viibis ravil 1951. aasta oktoobrist kuni 1952. aasta maini. Haigestus kopsutuberkuloosi 1950. aastal, millal vasakule rajati õhkrind, paremale ekstrapleuraalne pneumolüüs ja hiljem õhkrind, mis aga supureerus, tekkis bronhiaaluuris. Mädas ja rögas BK+ (3. joon.). Empüeemi likvideerimiseks rakendati torakotoomia ja 5-roideline torakoplastika. Haige paranes, empüeem likvideerus, vastaspoolel jäeti õhkrind ära 1952. a. Praegu haige terve, töötab autojuhina. Rögas tuberkuloosipisikuid ei esine (4. joon.).

KIRJANDUS.

1. Антелава Н. В. Хирургия органов грудной полости 1952, стр. 184. 279. 2. Амосов Н. М. Пневмонэктомия и резекции легкого при туберкулезе. 1957, стр. 50. 3. Богущ Л. К. Ж. Новости медицины 19. 1950. 4. Богущ Л. К. и Хрушова Г. Н. Хирургические методы лечения больных туберкулезом легких. Туберкулез. Руководство для врачей. М. 1955, стр. 559. 5. Мандельштейн Ф. М. Ж. Пробл. туб. 27, 1941. 6. Шебанов Ф. В. Туберкулезные эмпиемы. М. 1946. 7. Трифонова Т. Н. Ж. Сов. мед. 12., 1957. 8. Сименштейн Г. Н. Ж. Пробл. туб. 2, 1949. 9. VI Всесоюзный съезд фтизиатров 1957. Тезисы докладов, стр. 122.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ У ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Э. Кама

Резюме

В Таллинской городской туберкулезной больнице за 1951—1957 годы оперировано больных с туберкулезной эмпиемой 77, из них 61 больной с эмпиемой интра- или экстраплевральной полости и 16 больных — с эмпиемами остаточной полости после резекции легкого.

Проанализированы результаты лечения туберкулезных больных: 52 с интра- и 9 с экстраплевральными эмпиемами. У них туберкулезная эмпиема сопутствовала туберкулезному процессу в легких.

У 52 больных клинически отмечался бронхиальный, у 4 — торакальный и у 1 — бронхо-торакальный свищ.

Все больные подвергались операциям после длительного консервативного лечения. При проведении оперативного лечения применялась главным образом методика Л. К. Богуша — многоэтапная торакопластика с предшествующим широким вскрытием полости плевры и санацией тампонами по Вишневскому.

В 7 случаях для закрытия бронхиального свища и остаточной полости после проведенной многоэтапной торакопластики проводили плеврэктомию и трансплантацию кожно-мышечного лоскута на ножке.

В послеоперационный период, после торакотомии в связи с обострением туберкулезного процесса и прогрессированием амилоидоза внутренних органов, умерли 2 больных; после торакопластики — 4 больных (пневмония, эмболия артерии мозга, амилоидоз).

В комплексе лечения широко применялись антибактериальная терапия, частые переливания крови, витаминотерапия и т. д.

В результате оперативного лечения ликвидированы эмпиема и туберкулезный процесс в легком в 44 случаях (72%). У 11 больных остались незначительные остаточные полости и периодически вскрывающиеся торакальные свищи, из которых отмечались скудные выделения. У 7 из этой категории больных палочек Коха в мокроте не оказалось.

Отдаленные результаты хирургического лечения:

Из 61 оперированного больного в послеоперационный период и более отдаленные сроки умерло 9 больных, клинически здоровы 37 человек; значительное улучшение, но с периодически открывающимися торакальными свищами наблюдалось у 8 больных; имеют туберкулез легких и палочки Коха — 5, а о двух больных нет данных. Из 61 оперированного больного работают 35 человек. Результаты лечения туберкулезной эмпиемы в Таллинской городской туберкулезной больнице, сравнительно с данными авторов (Богуш, Яньчек и др.), можно считать удовлетворительными.

Многоэтапная торакопластика может применяться у истощенных больных с туберкулезной эмпиемой, где радикальные операции рискованы. Этим методом можно вылечить не только эмпиему, но и хронический туберкулез легких, и во многих случаях восстановить трудоспособность больных эмпиемой.

Tallinna elanikkonna fluorograafilisest uurimisest tuberkuloosi suhtes

I. Bugakov, E. Kalev ja E. Seibe

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst
J. Varrik)

Kopsutuberkuloosi varajane avastamine on äärmiselt tähtis, sest sel perioodil on tuberkuloos kergesti ravitav ja haiged ei ohusta ümbruskonda pikema aja jooksul.

Mitmete üld- ja eriaabinõude rakendamisega väheneb Tallinnas polikliiniku arstide poolt dispanserisse saadetavate kaugelearenenud tuberkuloosivormidega haigete protsent aasta-aastalt.

Kui arvestada, et 1957. a. fluorograafiakabinetis läbivaadatud ja Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris arvele võetud noorukitest põdes kopsutuberkuloosi aktiivsel kujul 70%, lastest 34% ja täiskasva-

nuist 32%, siis on selge, et tuberkuloosi varajane avastamine kodanike massilise läbivaatamise teel dispanserite ja polikliinikute fluorograafiaosakondades omab suurt tähtsust.

Tallinnas on 2 statsionaarset ja 1 liikuv fluorograaf. Statsionaarsetest asetseb üks Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris, teine Keskrajooni (II Haigla) polikliinikus. Liikuv fluorograaf asub Kalinini rajooni Kopli polikliinikus.

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri fluorograafiakabineti koosseisuga võib uurida kuni 600 inimest päevas (20 tööpäeva jooksul kuus). Kui kõik 3 Tallinna fluorograafiakabinetti töötaksid normaalsetes tingimustes ja kui polikliinikute fluorograafiakabinettidel oleksid normaalsed koosseisud, siis võiks kogu Tallinna elanikkonna ühe aasta jooksul läbi vaadata.

Ainuüksi Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri fluorograafiaosakonnas avastati 1952.—1957. a. läbivaadatud Tallinna kodanike hulgas aktiivseid kopsutuberkuloosivorme 0,73%, nende hulgas batsillaarseid 10,3%.

Avastatud aktiivsete tuberkuloosivormide protsent aastate kaupa on

1952	1953	1954	1955	1956	1957
0,8	1,1	1,1	0,72	0,5	0,43

Batsillieritajate protsent avastatud aktiivsete tuberkuloosihagete hulgas oli:

1952	1953	1954	1955	1956	1957
20,3	6,1	6,6	10,1	13,9	13,0

Uurimiste andmetest nähtub, et

1. läbivaadatud arv tõusis aasta-aastalt ja suurenes 6 aasta jooksul rohkem kui 3 korda;

2. esimese 3 aasta jooksul oli avastatud kopsutuberkuloosi aktiivsete vormide protsent tunduvalt kõrgem kui järgnevatel aastatel, kusjuures see protsent aastast aastasse langes ja oli 1957. a. 0,47, s. o. peaaegu 3 korda madalam kui 1953. a.;

3. läbivaadatud laste ravi- ja profülaktikaasutustes töötavate isikute arv suurenes aastast aastasse, kuid avastatud aktiivsete kopsutuberkuloosivormide ja batsillieritajate arv ei suurenenud;

4. läbivaadatud ravi- ja profülaktikaasutustes töötajate hulgas avastati 6 aasta jooksul ainult 2 batsillieritajat;

5. läbivaadatud toiduainetetööstuses töötavate isikute hulgas avastati 2 aasta jooksul, mil nad kuulusid dispanseris profülaktikalistele järelevaatusele (hiljem aga jällegi polikliinikus) aktiivse kopsutuberkuloosiga isikuid, nende hulgas ka batsillieritajaid;

6. fluorograafiaosakonna asutamisest alates avastati esimese 3 aasta jooksul kutsealuste hulgas kopsutuberkuloosi aktiivsete vormidega ja batsille eritavaid haigeid.

1955. ja 1956. aastal avastati läbivaadatud kutsealuste hulgas aktiivse kopsutuberkuloosiga 5 inimest, batsillieritajaid aga ei leidunud.

Fluorograafiakabinetis läbivaadatud arvu järk-järguline vähenemine alates 1955. aastast on seletatav asjaoluga, et alates 1955. a., eriti aga 1957. aastast kõik kutsealused vaadati läbi dispanseri täiskasvanute osakonnas, kusjuures läbivaadatavaid mitte ainult ei röntgenoskopeeritud, vaid nende kopsudest tehti ka röntgenogrammid. Samuti tehti nende vere kliiniline analüüs. Kutsealuseid uurisid jaoskondade ftisiaatrid.

Kõrgemate õppeasutuste, tehnikumide, vabrikukoolide, tööstuskoolide ja keskkoolide õpilaste hulgas avastatud batsille eritavate haigete vanuselise koosseisu uurimine näitas, et 99,9 juhul sajast ei olnud need lapsed, vaid noorukid. See vastab ka Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonna andmetele.

Kuidas on organiseeritud töö meie statsionaarses fluorograafiakabinettis?

Peale aastaplaani koostatakse ka üksikasjalik tööplan kuude kaupa. Väljakutsed läbivaatusele ilmumiseks toimuvad telefoni teel või kokkuleppel kooli, ettevõtte ja asutuse juhtkonnaga.

Fluoroteek ja kartoteek säilitatakse kabinetis 1952. aastast alates, see võimaldab jälgida kopsutuberkuloosi varajaste vormide avastamise dünaamikat nii esmaselt uuritavate kui ka eelmistel aastatel läbivaadatute hulgas.

Ühe või teise filmi või uuritava kaardi leidmine alates 1952. a. on üsna lihtne. Tuberkuloosi kahtluse puhul kutsutakse uuritav isik teistkordselt dispanseri fluorograafiakabinetti, röntgenoskopeeritakse ja röntgenografeeritakse, uuritakse kliiniliselt ftisiaatri poolt ja tehakse laboratoorsed analüüsid. Diagnoosi kinnitamise puhul saadetakse haige arvelevõtmiseks ja edasiseks ravimiseks tuberkuloositörje dispanserisse. Vaieldavaid fluorogramme uurivad kaks arsti.

Tallinna II Haigla fluorograafiakabineti poolt avastatud aktiivse tuberkuloosiga haigete protsent on 0,12—0,15.

Seega on Tuberkuloositörje Dispanseri fluorograafiakabineti poolt kopsutuberkuloosi varajaste vormide avastamise protsent 5 korda kõrgem kui Tallinna II Haiglas. Selle põhjuseks on, et II Haigla polikliiniku fluorograafiakabineti koosseis ei ole küllaldane ning et otsuse fluorogrammi kohta teeb röntgenoloog, mitte aga ftisiaater.

Statsionaarse fluorograafiaosakonna poolt 1952. a. dispanseri kabinettidesse arvele võtmiseks saadetud patsientide edasise käekäigu analüüs näitab järgmist: arvele ei võetud 5,5 %; arvele võetute: a) vanuseline koosseis: kuni 20 aastat — 16,3 %; 20—40 a. — 31,3 %; 40—60 a. — 37,5 %; üle 60 a. — 14,9 %; b) sotsiaalne koosseis: töölisi — 56,6 %, teenistujaid — 33,0 %, õpilasi — 10,4 %; c) diagnoosid: 1) koldeline kopsutuberkuloos infiltratsioon- või imendumisfaasis — 38,8 %; 2) dissemineerunud kopsutuberkuloos infiltratsioonifaasis — 32,8 %; 3) infiltratiivne tuberkuloos — 26,8 %; 4) bronhadeniidid — 1,6 %.

Sageli tekkis jaoskonnaarstil-ftisiaatril avastatud ja aktiivse kopsutuberkuloosiga dispanserisse saadetud haigete osas kahtlus protsessi aktiivsuse suhtes ja nad võeti arvele III grupis. Kuid edasine vaatlus näitas, et need olid haiged, kellel haigusprotsess kopsus ei olnud aktiivsust kaotanud, mille tõttu neid pärast kuni 2-aastast vaatlust viidi III grupist II gruppi — 7,3 %; III grupist I gruppi — 4,5 %; II grupist I gruppi 8,9 %.

Arvele jäänud haigetest suunati dispanserisse 23 % batsillieritajatenä, kuid vaatluse kestel (alates 1952. a. — 1955. a.) hakkasid eritama tuberkuloosikepikesi veel 13 %, suri 1952. a. — 1955. a. 3 %. Pneumotooraks rajati 14,9 protsendil, sanatooriumi saadeti — 34,3 %, 5 aasta jooksul võeti arvelt maha 19,5 %.

Ülaltoodud andmed ja fluorograafiakabineti poolt avastatud väikese haigeterühma analüüsimine, kes olid alates 1952. a. dispanseris arvel, näitavad fluorograafiakabineti töö suurt tähtsust kopsutuberkuloosi, eriti aga selle varajaste vormide avastamisel.

Tuleb rõhutada, et selles väljaselgitatud rühmas on tuberkuloosiprotsessi edasine progresseerumine täiesti reaalne ning järelikult peab nende haigete ravimine antibakteriaalsete preparaatidega, õhkrinna rajamine ja sanatoorne ravi algama võimalikult varakult kõikidel haigetel.

Eespoolmainitust võib järeldada, et Tallinna elanikkonna laialdasemaks hõlmamiseks kopsutuberkuloosi varajase avastamise eesmärgil on vaja: 1) jagada teenindatavad rajoonid kolme fluorograafiakabineti vahel; 2) suurendada polikliinikute fluorograafiakabinettide koosseise,

tingimata võtta koosseisu arst-ftisiaater; 3) korraldada II Haigla ja Kopli polikliinikutes patsientide fluorograafilise uurimine, kes ilmuvad mitmesuguste eriarstide vastuvõtule; 4) paluda linna täitevkomiteelt spetsiaalse korralduse andmist ettevõtete ja asutuste juhatajatele, vabrikute ja tehaste direktoritele tööliste ja teenistujate saatmiseks vastavasse fluorograafiakabinetti läbivalgustamiseks; 5) on vaja juhtida tuberkuloositõrje dispanserite arstide tähelepanu fluorograafiameetodi abil avastatud tuberkuloosihagete hoolikama dispanseerimise ja nende varajase ravi-
mise vajadusele.

Olles Eesti NSV tuberkuloosivastase võitluse keskuseks peab Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser juhtima linna elanikkonna fluoro-
graafilist uurimist, sõltumata sellest, kus või kelle alluvuses töötab fluoro-
graafiakabinet.

О флюографическом обследовании населения Таллина на туберкулез

И. Бугаков, Э. Калев и Э. Сейбе

Резюме

В Таллине имеются 3 флюографических аппарата. Если они работали бы в нормальных условиях, то поголовное обследование населения Таллина можно было бы провести в течение одного года.

Только одним аппаратом стационарного флюографического кабинета республиканского противотуберкулезного диспансера из числа обследованных граждан Таллина за 1952—1957 гг. выявлено 0,73% активных форм туберкулеза легких, из них бациллярных — 10,3%. В течение первых трех лет процент выявленных активных форм туберкулеза легких был значительно выше, чем в последующие годы, причем этот процент с каждым годом снижался и в 1957 г. достиг 0,47, то есть по сравнению с 1953 г. он снизился почти в 3 раза.

Приведенные нами данные, а также анализ, хотя и небольшой группы больных, состоящих на диспансерном учете с 1952 г., выявленные флюографическим кабинетом, показывают большое значение его работы при выявлении туберкулеза легких и особенно ранних форм этого заболевания.

ANESTESIOLOOGIAST INGLISMAAL

Professor I. Zorov

Referaat

Inglismaal rakendatakse üldist anesteasiat väga laialdaselt — lastehaiguste kirurgias, sünnitusabis ja günekoloogias, oftalmoloogias, otorinolaringoloogias jne. Sünnitusabiasutustes kasutatakse peaaegu kõikide sünnituste puhul tuimastamist lämmastikalahapendiga, tsüklopropaaniga või trileeniga.

Linnades opereeritakse panariitsiume ja lümfadeniite ning koaguleeritakse isegi käsni, kasutades selleks tsüklopropaani, heeliumi ja hapnikku.

Narkotiseeritakse koos üldise medikamentoose ettevalmistusega. Narkoosi antakse tavaliselt lämmastikalahapendiga. Kui operatsiooni ajal tekib vajadus narkoosi süvendada, lisatakse veidi eetrit ja teisi narkootikume, mõnikord isegi kloroformi. Südameoperatsioonide puhul süstitakse kõige vastustusrikkamatel momentidel atropiini või prostigmiini (0,1 milligrammi) veenisisesi.

Mõnikord alustatakse narkoosi puhta lämmastikalahapendiga. Sel juhul hingab haige 30—60 sekundi jooksul sisse minutis 8—10 liitrit ilma hapnikuseguta lämmastikalahapendit. Kui haigel kaob teadvus, siis

lisatakse kohe hapnikku (2 liitrit minutis). Eetrit tarvitatakse harva selle süttimis- ja plahvatumisohu tõttu. Inglise kirurgid kasutavad peaaegu alati elekterskalpelli, kirjanduse andmeist aga nähtub, et enamasti plahvatab eeter operatsiooni ajal just elektri abil töötavate aparaatide kasutamisel. Plahvatuste vältimiseks tehakse narkoosiaparaadi kummiosad, samuti kummilina, operatsioonilaua madrats ja kalossid antistaatilisest kummist, mis ei kogu elektrit. Pealegi asendavad eetrit lämmastikalahapend ja relaksandid.

Inglismaal kasutatakse harva potentseeritud narkoosi. Kilpnäärme-, kopsu-, südame- ja luuoperatsioonide, kuid ka plastiliste ja paljude teiste operatsioonide puhul vähendatakse arteriaalset rõhku mitmesuguste preparaatide abil.

Kunstlikku hüpotermiat kasutatakse harva. Meie nägime seda ainult kaks korda: üks kord ajuoperatsiooni ja teine kord südameoperatsiooni puhul, millal verd jahutati ekstrakorporaalselt.

Sageli rakendatakse lihase relaksante. Inglise anestesistid ei pea tui-mastamist kuraaretaoliste ainetele haigele ohtlikuks.

Spontaanse hingamise väljalülitamine ja üleminek juhitud hingamisele toimub isegi suhteliselt väikeste operatsioonide puhul (plastilised ja kubemesonga operatsioonid). Meie ei saa sellega nõustuda.

Narkotiseeritud haigeid jälgitakse hoolikalt, kuid elektroentsefalo-graafiat rakendatakse harva.

Tavaliselt ärkavad haiged operatsiooni lõpetamise ajal ja nad viiakse haigevankril koos hapnikuga rikastatud õhu balloonidega opereeritute osakonda. Siin jälgivad haiget peamiselt anestesistid, sest pärast operatsiooni on kõige tähtsam taastada normaalne hingamine ja kõrvaldada bronhidest lima ning sekreet. Seega välditakse ateleктаase ja pneumooniaid. Opereeritute osakonnas viibib haige tavaliselt 24 kuni 48 tundi.

Mõned haiglad kasutavad ka kunstliku vereringe aparaati ja kunstlikku neeru. Rohkesti leidub mitmesuguseid automaatseks hingamiseks kohandatud sfigmomanomeetreid, aparaate süsihappegaasi määramiseks jne.

Anestesioloogia on Inglismaal juba kaua aega olnud iseseisev arstiteaduse haru. On loodud anesteesia teenistus ning kindel arstide-anestesioloogide ettevalmistamise süsteem. Igas kõrgemas arstiteaduslikus õppeasutuses on olemas anestesioloogia kateeder või osakond, kus toimub laialdane uurimistöö. Londonis on anestesioloogiakeskus — Kuningliku Kirurgiakolledži fakultet, mis loodi 1948. aastal.

Arstil tuleb anestesioloogi kutse omandamiseks õppida 3 aastat, kusjuures praktikumid toimuvad mõnes suuremas haiglas. Õiguse töötada haiglas anesteesiaosakonna iseseisva juhatajana saab arst-anestesist alles pärast kolmeaastast töötamist tavalise anestesisitina.

Kõik anestesisistid omavad põhjalikke teadmisi normaalse ja patoloogilise füsioloogia ning farmakoloogia alal. Anesteesia teenistus soodustab kirurgide tööd. Ilma kaasaegse anestesioloogiata pole kirurgia edasine arenemine võimalik. Anestesioloogia on palju laiendanud kirurgilise vahelesegamise diapasooni, võimaldades teha kõige keerukamaid südame-, veresoonte, aju- ja teiste elundite operatsioone.

Refereerinud H. Roots

Ajalehest «Медицинский работник» 19 сент. 1958 г.

REAKTIIVSE HÜPEREEMIA PROOV JA SELLE KASUTAMINE VIBRATSIOONIKAHJUSTUSTE DIAGNOOSIMISEL

B. Schamardin

(ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist,
direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. B o g o v s k i)

Kudede verevarustuse häirete hindamisel on üheks objektiivselt rakendatavaks näitajaks nn. reaktiivse hüpereemia proov, mille puhul jälgitakse reaktiivse hüpereemia tekkimise aega (Rh).

Rh pikenemist on täheldatud veresoonekonna mõnede orgaaniliste ja funktsionaalsete häirete puhul, nagu oblitereruv endarteriit, arteriaalne hüpertoonia, arterioskleroos jm. [Westphal (5), Ratschow (4), Šamova (1), Haug (3) jt.].

Rh pikenemise põhjuseks peetakse arteriaalse vere juurdevoolu takistust, mis võib olla põhjustatud suuremate või väiksemate veresoonte muutustest, eriti nende kalduvusest kõrgenenud toonusseisundile [Westphal (5), Šamova (1) jt.].

1955. a. kirjeldas Chevalier (2) seoses närvisüsteemi kahjustuste uurimisega põlevkivikaevureil kahel puurijal Rh pikenemist kätel. Küsimuse selgitamiseks, kuivõrd seaduspärane on Rh pikenemine põlevkivikaevanduste puurijail seoses vibratsioonikahjustustega, uuriti meie poolt 94 põlevkivikaevanduste puurijat. Neist 46 juhul esinesid kaebused käte paresteesiatele ning külmatundlikkusele ja objektiivselt täheldatavad nahatundlikkuse häired; 29 puurijal esinesid ainult mainitud kaebused, 19 puurijal puudusid nii kaebused kui ka nahatundlikkuse häired. Kontrollrühmaks oli 56 kaevurit, kes ei töötanud puurimisel.

Rh proov toimus pärast arteriaalse vererõhu mõõtmist. Uuritav oli lamavas asendis. Tema õlavarrele asetati aparaadiga ühendatud vererõhu mõõtmise mansett ja lasti tõsta käed 30 sekundiks vertikaalsesse asendisse, pärast seda suleti arteriaalse vere juurdevool jäsemesse rõhu tõstmisega mansetis (võimalikult kiiresti) sellise tasemeni, mis ületas süstoolse vererõhu 30—40 mm võrra. Kahe minuti möödumisel lasti õhk mansetist järsult välja. Sellega kõrvaldati verevoolu sulgus ning fikseeriti stopperi abil aeg, mis kulus reaktiivse hüpereemia tekkimiseni sõrmede dorsaalsel pinnal.

Andmed Rh kohta meie poolt uuritud põlevkivikaevanduste puurijail on esitatud kokkuvõtlikult tabelis nr. 1, milles puurijad on jagatud vastavalt neil esinevatele kaebustele ja objektiivsetele nähtudele kolme rühma.

Tabel nr. 1

Reaktiivse hüpereemia tekkimise aeg puurijail

Rühmad	Rh keskmine ja Rh piirid (sekundeis)	Juhtude arv üle 3" pike- nenud Rh-ga	Juhtude üldarv
1. Puurijad sealhulgas	3,6 (1—10)	46 (49%)	94
a) kaebuste ja objektiivse leiuga	3,9 (1—10)	27 (59%)	46
b) ainult kaebustega	3,4 (1—8)	13 (45%)	29
c) kaebusteta ja objektiivse leiuta	2,9 (1—8)	6 (31%)	19
2. Kontrollrühm	2,2 (1—5)	8 (14%)	56

Tabelis toodud andmed näitavad, et puurijate rühmas on Rh tekkimise keskmine aeg võrreldes kontrollrühmaga 1,4" võrra pikem (puurijail 3,6", kontrollrühmas 2,2"). Rh individuaalseid erinevusi vaadeldes täheldasime, et puurijatel oli Rh tekkimise maksimaalne aeg (Rh ülemine piir) tunduvalt kõrgem (10") kui kontrollrühmas (5"). 3" ületava Rh-ga juhtumeid oli kontrollrühmas 14 protsenti, puurijate rühmas aga 49 protsenti. Puurijate kõigi näitajate võrdlus kontrollrühma näitajatega lubab järeldada, et Rh pikenemine puurijail oli üks sagedamini esinevaid vibratsioonikahjustuse tunnuseid.

Analüüsides Rh pikenemist puurijate alarühmades selgub, et kaebusteta juhtudel on keskmine Rh 2,9", vibratsioonitõvele viitavate kaebustega puurijail 3,4" ja puurijail, kellel peale kaebuste esinevad ka objektiivsed vibratsioonikahjustuste nähud 3,9". Näeme, et puurijail kasvab keskmine Rh koos vibratsioonitõve esinemisele viitavate kaebuste ja nähtude sagenemisega. Paralleelselt tõuseb ka üle 3" pikenenud Rh juhtude arv (kaebusteta puurijail 31%, vibratsioonitõve nähtudega puurijail 59%). Oluline on ka, et Rh võib pikeneda puurijail juba enne, kui tekivad vibratsioonitõvele viitavad kaebused või objektiivsed muutused. Vibratsioonikahjustuste puhul on pikenenud Rh sageli üks esimesi tunnuseid.

Sellest nähtub, et Rh proov on puurijatel esinevate vibratsioonikahjustuste varajases diagnostikas vereringe funktsionaalse seisundi näitajana otstarbekas. Proov on lihtne ja teostatav igas tervishoiupunktis. Seda tuleb soovitada diagnostilise obligatoorse lisameetodina vibratsioonikahjustuste avastamiseks, eriti rühmiti läbivaatuste puhul.

KIRJANDUS 1. Шамова Г. В. Вопросы нейрохирургии, 1, 48—51, 1952. — 2. Шевалье А. В. Сб. Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР II, 176—190, Таллин, 1955. — 3. Haug, N. Kogumik «Nõukogude Eesti tervishoid» 5, 224—235, Tallinn, 1956. — 4. Ratschow, M. Die peripheren Durchblutungsstörungen, Dresden u. Leipzig, 1953. — 5. Westphal, K. Z. für klinische Medizin, Bd. 101, 545, 1925.

Проба реактивной гиперемии и ее применение в диагностике вибрационной болезни

Б. Шамардин

Резюме

Объективным методом оценки функционального состояния кровоснабжения тканей является проба реактивной гиперемии. Для выяснения вопроса, насколько закономерным является время наступления реактивной гиперемии (Rh) у бурильщиков сланцевых шахт в связи с вредным воздействием вибрации электросверла, обследованы были 94 бурильщика и для контроля — 56 шахтеров, не занятых бурением. Удлинение времени наступления Rh наблюдалось на пальцах руки после 2-минутной остановки кровообращения при помощи аппарата для измерения кровяного давления.

В группе бурильщиков среднее Rh оказалось явно повышенным (3,6") по сравнению с контрольной группой (2,2"), среди бурильщиков имелось значительно больше случаев повышения Rh более чем на 3", сравнению с контролем. Замечался параллелизм между удлинением Rh и симптомами вибрационной болезни у бурильщиков; так, у бурильщиков с явлениями вибрационной болезни Rh было удлинением в 59% случаев, у здоровых бурильщиков — в 31%. Rh может быть удлиненным у бурильщиков уже до появления жалоб и объективных изменений, являясь таким образом часто одним из первых симптомов вредного воздействия вибрации.

Определение Rh является целостным показателем функционального состояния кровообращения у бурильщиков и его применение рекомендуется в качестве подсобного метода для ранней диагностики вибрационной болезни, особенно при групповых обследованиях.

Parandada tööstusettevõtete tööliste meditsiinilist teenindamist

A. Sarap,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

Töötajate meditsiinilise teenindamise kindlustamiseks on meil loodud ravi- ja profülaktika- ning sanitaar- ja epideemiatõrjeasutuste laialdane võrk, kusjuures vabariigi tervishoiu ministeerium on alati lähtunud tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise eelsteenindamise printsiibist.

Eesti suuremates tööstusettevõtetes töötab 46 arstipunkti ja 86 velskripunkti, nendest 15 põlevkivitööstuses, 15 — tekstiilitööstuses ja 16 masinatööstuses ning elektrijaamade juures.

Ravi- ja profülaktikaasutuste 1957. a. tegevuse peamiste näitude analüüsimisel ilmnes, et tervishoiuorganid on töötajate meditsiinilise teenindamise kvaliteedi parandamise alal saavutanud mõningat edu.

Mõned tervishoiuasutused ei hinda haigestumuse ja traumatismi profülaktika tähtsust, pööravad vähe tähelepanu ajutise töövõimetuse ekspertiisile ning ei rakenda tööstustööliste eelsteenindamise printsiipe.

Ajutise töövõimekaotusega haigestumus Eesti NSV tähtsamates tööstusharudes on aastate jooksul püsinud ühel tasemel. Peaaegu 30% juhtudest ja 20% haiguspäevadest langeb gripile, ülemiste hingamisteede katarrile, bronhiidile ja angiinile. Teisel kohal on elukondlik- ja tööstus-traumatism ning kolmandal kohal perifeerse närvisüsteemi haigused.

Haiguslehe keskmine kestus lühenes kõikide haiguste kui ka üksikute nosoloogiliste üksuste järgi. Näiteks oli see 1954. aastal 10,1 päeva, 1955. a. — 9,7 p., 1956. a. — 9,5 p. ja 1957. a. — 8,6 p. Üksikute nosoloogiliste haigusvormide järgi oli keskmine haiguslehe kestus 1957. a. järgmine: 1. Gripp ja äge ülemiste hingamisteede katarr 5,1 päeva, 2. angiin 5,1 päeva, 3. flegmoonid ja abstsessid 7,0 päeva, 4. ägedad ja kroonilised reumaatilised haigestumised 13,6 päeva, 5. hingamiselundite tuberkuloos 26,7 päeva, 6. karbunkulid, furunkulid ja hidradeniidid 6,6 päeva, 7. õnnetusjuhtumid seoses tootmistööga: a) ühest kuni kolme päevani 2,5 päeva, b) üle kolme päeva 15,5 päeva, 8. elukondlikud vigastused 10,2 päeva, 9. ägedad mao- ja sooltehaigused 7,1 päeva, 10. naiste suguelundite haigused 10,1 päeva, 11. südamehaigused 12,3 päeva, 12. mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandid 18,2 päeva, 13. neuralgiad, neuriidid ja neuroosid 10,3 päeva, 14. kopsupõletik 14,9 päeva, 15. hüpertooniatõbi 13,6 päeva, 16. bronhiit 7,9 päeva.

Meil on küllalt eeskujusid paremate haiglate ja tervishoiupunktide töökogemuste näol, mis on näidanud, et arstiteaduse praeguse taseme ning ravi- ja profülaktikaasutuste töö õige organiseerimise korral võib rakendada tõhusamaid abinõusid haigestumuse, eriti külmetushaiguste juhtude arvu vähendamiseks (Tallinna Vabariiklik Haigla, Kiviõli Rajoonihaigla, Tallinna Kalinini Rajooni Haigla, Kohtla-Järve Haigla, Tallinna Masinaehitustehase tervishoiupunkt jt.). Selleks tuleb koos ettevõtte juhtkonna ja ametiühinguorganisatsioonidega võidelda tootmis-keskkonna parandamise ning tööstussanitaaria nõuete täitmise eest. Selleks on vaja, et haiglate peaarstid ja tervishoiupunktide arstid õpiks id tundma ajutise töövõimetusega kulgevaid haigusi mitte ainult formaalselt aruandluse jaoks, vaid tsehhide, elukutsete, vanuserühmade, soo, haiguste kordumise sageduse ja haiguspäevade järgi. Haigestumuse uurimiseks niisuguse süsteemi järgi tuleb haiged isiklike ambulatooriumikaartide järgi arvele võtta.

Tervishoiupunkt peab kokku leppima ettevõtte direktsiooni ja käitiskomiteega, et haigetele töölistele ja teenistujatele üldvõrku kuuluvate ravi ja profülaktikaasutuste poolt välja antud haiguslehed esitataks tervishoiupunktile kohe nende saabumisel ettevõttesse.

Saanud haiguslehe, peab tervishoiupunkti arst eelkõige kontrollima selle vormistamise ja töölise töölt vabastamise õigsust, jälgides tähelepanelikult, kas haiguslehe kõik rubriigid on täidetud ning kuivõrd täpselt ja loetavalt, kas tööst vabastamise kestus vastab haiguse iseloomule. Igast haiguslehe korratult või ebaõigesti täidetud juhtumist tuleb viivitamatult teatada haiguslehe väljaandnud ravi- ja profülaktikaasutuse peaarstile, et tema abiga õigeaegselt parandada vead.

Pärast avastatud vigade parandamist kirjutab arst haiguslehele numברי, mis vastab antud haiguse numbrile ÜAÜKN ajutise töövõimetuse aruande vormis 3-I, mis on kinnitatud NSV Liidu Statistika Keskvalitsuse poolt 25. XI 1952. a. numברי 10—15 all.

Haiguslehti tuleb märkida ranges vastavuses haiguste tähestikulisele nimestikule, mis on kinnitatud ÜAÜKN poolt ja on kooskõlastatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumiga 1953. a. Märkimine toimub lõppdiagnooside põhjal ning jaotusnumber pannakse vastavasse alajaotusse «Lõppdiagnoos».

Pärast haiguslehe märkimist kantakse viimase põhiaandmed ambulaatoriumikaardile (vorm 25) ja säilitatakse erikartoteegis tsehhide kaupa.

Pärast haiguslehtede registreerimist ambulaatoriumikaartidele kantakse kõik tervishoiupunkti ja teiste raviasutuste poolt välja antud haiguslehed haiguslehtede väljaandmise registreerimisraamatusse (vorm nr. 4). Pärast seda kirjutab arst haiguslehele oma nime (viseerib) ja annab selle üle käitiskomiteele. Ajutise töövõimetusega seosesoleva haigestumise kvartalite kaupa läbitöötamise järgmiseks etapiks on ambulaatoriumikaartide kohale paigutamine pealemärgete järgi ning haigestumuse läbitöötamine ülalkirjeldatud skeemi kohaselt.

Sellega ilmnevad faktid, mis jäid avastamata kasutades üldist meetodit vorm 3-I järgi. Nii selgitatakse üldhaigestumus kui ka üksikud nosoloogilised haigusvormid mitmesuguste töölisrühmade hulgas ning haigestunud isikud ja keskkonna mõju nendele. Rööbiti sellega tuleb uurida ka konkreetset tootmiskeskkonda ja tootmistehnoloogiat.

Haigestumuse ja traumajuhtude vähendamine sõltub palju ka meditsiinitöötajatest, ravi, diagnostilise ja profülaktilise töö kvaliteedist ning ajutise töövõimetuse ekspertisist. Võib tuua palju näiteid tööekspertiisi ebarahuldavast seisukorrast ja haiguslehtede väljaandmise juhendite rikkumisest Tartus, Tallinnas, Narvas jm.

Haiglate peaarstide asetäitjad tööekspertiisi alal, AKK esimehed ja polikliinilise osakonna juhatajad peavad tugevdama kontrolli tööekspertiisi ja haiguslehtede väljaandmise alal.

On vaja pidada haiguslehtede väljaandmise arvestust iga arsti kohta eraldi; arvestuse andmete analüüsi tulemusi tuleb arutada mitte harvemini kui kord kvartalis arstide konverentsil või nõupidamisel.

Töökaitse, ohutustehnika, tööstussanitaaria küsimusi ja ajutise töövõimetusega seosesolevat haigestumist tuleb esitada arutamiseks linnade ja rajoonide täitevkomiteedele ja rajoonihaiglate kaastöökomisjonidele, selles osas tuleks arutada üksikute tööstusettevõtete juhtide aruandeid, kus haigestumus on tõusnud, samuti peaks kuulama sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstide või rajoonihaiglate peaarstide vastavate asetäitjate, tervishoiupunktide juhatajate ning peaarstide asetäitjate tööekspertiisi alal aruandeid. Kõiki noori ja äsjasaabunud arste tuleb instrueerida haiguslehtede väljaandmise korrast ja neid pidevalt abistada.

Õigesti on tööd organiseerinud Rakvere rajoonihaigla peaarsti asetäitja tööekspertiisi alal T. Feiman. Ta analüüsib haigestumust, kontrollib valikuliselt haiguslehtede väljaandmist ja tööstusettevõtteid, kus töötingimustega seotud haigestumus on kõrge, esitab aruandeid rajooni täitevkomiteele ja parteikomiteele. Piiritusevabrikus oli kõrge traumatism. T. Feiman avastas selle põhjuse ja kõrvaldas rajooni parteikomitee abiga. Pärast seda langes traumatism selles vabrikus järsult.

Profülaktilise töö parandamiseks jaoskonnas ja järjekordade likvideerimiseks üksikute arstide juurde pääsemisel tuleb arstikohti juurde planeerida. Ühendatud haiglate töö organiseerimisel tuleb alati lähtuda tööstusettevõtete tööliste eelisteendamisest printsiibist. Tööliste paremaks teenindamiseks tuleb polikliiniku töö korraldamisega tagada töölistele igasugune meditsiiniline abi minimaalse ootamisajaga ka tööst vabal ajal ning puhkepäevadel. Haigla osakondade juhatajad peavad juhtima arstijaoskondade ning tervishoiupunktide arstide tööd ning nõu andma dispanseeritavate valikul ja uurima dispanseerimise tõhusust. Nad peavad osa võtma profülaktilistest meditsiinilistest järelevaatustest jaoskonnas, ettevõttes ning polikliinikus.

Kirurgid, akušöör-günekoloogid ja teised spetsialistid külastavad tervishoiupunkte ebakorrapäraselt, esinedes sageli ainult kontrolöride ja konsultantidena, kuigi nende ülesandeks on haigete konsulteerimine graafiku järgi mitte ainult diagnostika ja raviküsimustes, vaid ka tööeksperimenti ja töökorralduse alal ning töös esinevate puuduste läbitöötamine. Nad peavad läbi vaatama ka haigete ambulatooriumikaardid ja tegema otsuse dispanseeritud haigete kohta.

Tervishoiuorganite, ametiühingute ja majandusorganisatsioonide ühiste pingutustega võib edukalt lahendada tähtsa riikliku ülesande tööstusettevõtete tööliste haigestumuse vähendamise alal.

Улучшить медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий

А. Сарап

Резюме

При крупных промышленных предприятиях Эстонской ССР работает 46 врачебных и 86 фельдшерских здравпунктов.

Анализ основных показателей работы лечебно-профилактических учреждений показывает последовательное улучшение качества медицинского обслуживания трудящихся на промышленных предприятиях. Но некоторые учреждения здравоохранения недооценивают профилактику заболеваемости и травматизма, недостаточно уделяют внимания работе экспертизы временной нетрудоспособности. Слабо претворяются в жизнь принципы преимущественного обслуживания рабочих промышленных предприятий.

Анализ заболеваемости с временной потерей трудоспособности по важнейшим отраслям промышленности ЭССР показывает, что в течение ряда лет уровень ее продолжает оставаться почти стабильным, потому что 30% случаев и 20% дней заболеваемости с временной потерей трудоспособности приходится на грипп и катарры верхних дыхательных путей, бронхиты и ангины. На втором месте бытовой и производственный травматизм и на третьем — заболевания периферической нервной системы.

Необходимо, чтобы главные врачи больниц и здравпунктов глубоко изучали заболевания с временной потерей трудоспособности. Для разработки заболеваемости необходимо вести учет заболевших по индивидуальным амбулаторным карточкам, заботиться о том, чтобы представляемые болезнями рабочими и служащими листки, выданные лечебно-профилактическими учреждениями открытой сети, срочно передавались здравпунктам после их поступления на предприятия, для проверки врачом здравпункта правильности их оформления и освобождения от работы в соответствии с заболеванием.

Можно привести много примеров нарушения инструкции о выдаче больничных листков и неудовлетворительном состоянии экспертизы нетрудоспособности по городам Тарту, Таллин, Нарва и др. Необходимо вести учет выдачи больничных листков каждым врачом в отдельности. Анализ данных такого учета обсуждать на конференции или совещании врачей не реже одного раза в квартал.

Целесообразно ставить на обсуждение городского и районного исполкомов СДТ и совета содействия районной больницы вопросы состояния охраны труда, техники безопасности, промышленной санитарии и состояния заболеваемости с временной утратой трудоспособности, заслушивая отчеты руководителей промышленных предприятий, в которых заболеваемость повышена, и главных врачей санэпидстанций или заместителей главного врача районной больницы по санитарно-эпидемиологической работе, а также заведующих здравпунктами.

Nõukogude Eesti otorinolarüngoloogiaalastest saavutustest, olukorrast ja ülesannetest ¹

E. Siirde,

dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat, Tartu Riikliku Ülikooli
otorinolarüngoloogia kateedri juhataja

Kui 1940. aastal oli Eesti NSV-s 24 otorinolarüngoloogi, siis 1955. aastal oli neid juba 47, seega kasvas vastavate eriteadlaste arv 15 aasta jooksul kahekordseks, moodustades 2,3% kogu töötavate arstide arvust Eesti NSV-s. Liiduvabariikide hulgas on Eesti NSV otorinolarüngoloogide arvu poolest teisel kohal. Mainitud eriteadlaste arv on suurem ainult Armeenia NSV-s, kus see moodustab 2,7% arstide üldarvust.

Praegu töötab rõhuv enamik otorinolarüngolooge kahes suuremas keskuses: Tallinnas (20 arsti) ja Tartus (15 arsti).

Otorinolarüngoloogide hulk on seni kasvanud peamiselt nende arstide arvel, kes juba üliõpilasena tundsid huvi otorinolarüngoloogia vastu ja töötasid kõrva-nina-kurgukliinikus ning pärast lõpetamist suunati tööle samal erialal. Väiksem osa juurdekasvust on tulnud subordinatuuri kaudu. Nimetatud arste on Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium suunanud vastavatele täienduskursustele Tartus, Tallinnas või Leningradis.

Mitte kõikides Eesti NSV rajoonikeskustes pole veel otorinolarüngolooge, mispärast on vaja arste otorinolarüngoloogideks ümber spetsialiseerida, seda enam, et viimase kahe aasta jooksul ülikooli lõpetajate arvel ei ole enam juurde tulnud ühtegi vastava ala spetsialisti.

Otorinolarüngoloogiaalased kliinilised statsionaarid asuvad peamiselt Tallinnas (42 voodit) ja Tartus (45 voodit). Üldse on Eesti NSV-s kõrva-, nina- ja kurguhaigetele 93 voodit, mis moodustab 0,9 protsenti haiglavoodite üldarvust. Seega oleme sel alal kuuendal kohal liiduvabariikide hulgas.

Väiksemates linnades ja rajoonikeskustes teenindatakse haigeid otorinolarüngoloogia alal polikliinikutes ja ka statsionaarides (Pärnus, Viljandis, Kohtla-Järvel, Jõhvis, Tapal jm.).

Tartus ja Tallinnas asetsevad kliinilised statsionaarid on varustatud instrumentidega, mille abil on võimalik teostada kõiki vajalikke operatsioone, kaasa arvatud bronhoskoopia, ösofagoskoopia ja taastav kirurgia, nagu oto-, rino- ja rinoneoplastika. Rinoplastikas kasutatakse viimase kahe aasta vältel edukalt pleksiklaasi, et vältida traumat roideresektsiooni näol. Alustatud on ka tümpanoplastikaga kui kuulmishäire kirurgilise võttega keskkõrva radikaalsel opereerimisel. Täiendamist vajaks aga vastav erialane instrumentarium. Puudust tuntakse instrumentidest endolarüingeaalsete ja endonasaalsete manipulatsioonide teostamiseks.

Statsionaarsetest haigetest moodustavad umbes ühe kolmandiku mandlihaiged, nagu angiinidega, paratonsillaarabstsessidega ja samuti isikud, kellele teostatakse tonsillektoomia.

¹ Ettekanne Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverentsil 23. novembril 1957. a. Tallinnas, lühendatult.

On juba üldiselt kindlaks tehtud fakt, et mitte ainult Eesti NSV-s vaid ka mujal esineb angiini osas hüperdiagnostikat mittelarüngoloogide poolt. Tuleb silmas pidada, et mitte iga valu kurgus ja katarraalset seisundit neelus, nagu see võib esineda nohu, farüngiidi jne. puhul, ei tule diagnoosida angiiniina. Vastava selgitustöö tagajärjel on märgata vähemalt Tartus, olukorra paranemist.

Kliinilised tähelepanekud lubavad järeldada, et meil esineb hüperdiagnostikat ka kroonilise tonsilliidi osas. Arvestades, et larüngoloogid ise rõhutavad kroonilise tonsilliidi osatähtsust elanikkonna haigestumisel, eriti aga reumaatiliste haiguste tekkimisel, on see leidnud laialdast kõlapinda nii arstide hulgas kui ka elanikkonnas. Tuleb aga tõsiselt kahelda, kas kõik tehtud tonsillektoomiad olid põhjendatud ja vajalikud. Kuigi mandlite eemaldamine ei põhjusta tervise häireid, võivad need esineda haiguse puhul, kus tonsillektoomia on vastunäidustatud. Siin tuleb mõelda just ebamäärastele seisunditele kõrgeenenud erütrotsüütide sette-reaktsiooniga ja leukotsütoosiga, subfebrilsete temperatuuridega ning väsimusega jne. Sel puhul kahtlustatakse sageli mandleid, mis võivad, kuid alati ei pea olema nende seisundite põhjuseks. Vastavate kaebuste alusel soovitatakse mandlite eemaldamist vahel liiga kergekäeliselt, jättes arvestamata tuberkuloosi, tuumori või muu taolise haiguse, millele samuti tuleb mõelda. Need faktid manitsevad larüngolooge hoolitsema selle eest, et kroonilisest tonsilliidist ei kujuneks nn. moediagnoos ja tonsillektoomiat ei hakataks vulgariseerima.

Mastoidiit ja sarlakijärgne otiit väheneb iga aastaga. Nii näiteks oli Tartu kõrvakliinikus 1948. a. 96, 1956. a. aga ainult 19 mastoidektoomiat. See muidugi seletub eeskätt antibiootikumide efektiivse toimega, kui ka õigeaegse erialase arstiabi kättesaadavusega.

Hulgaliselt esineb meil nina kõrvalõõnte haigestumisi. Põseõõnte operatsioonide arv näitab koguni pidevat tõusu. Tartu kõrva-nina-kurgukliinikus oli 1948. aastal 57, 1956. aastal aga 127 ninakõrvalõõnte operatsiooni, peamiselt põseõõnes. Põseõõne operatsioonide tõus seletub nähtavasti radikaalsema suhtumisega nende ravimise küsimustesse.

Polikliiniku abi vajajate arv suureneb iga aastaga. Tähtis osa on siin profülaktilistel läbivaatustel. Näiteks oli 1945. aastal Tartu kõrvakliinikus 3766 ambulatoorset visiiti, 1956. aastal aga 38 768, seega kümme korda rohkem, neist profülaktilisi läbivaatusi 11 553; Tallinnas oli Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrvaosakonnas 1956. aastal 15 500 ambulatoorset visiiti.

Suremus, mis on oluliseks ravikvaliteedi näitajaks, oli kogu Eesti NSV kohta kõrva-, nina- ja kurguhaiguste tagajärjel 1950. aastal 0,8%, 1955. aastal aga 0,35%. Tartu andmetel oli see sõjajärgsel perioodil koguni 1% piirides. Seega väheneb suremus pidevalt. Surmajuhtumite põhjuseks on esmajärjekorras endokraniaalsed tüsistused (meningiit, ajuabstsess). Otorinolarüngoloogiaalase suremuse poolest on Eesti NSV Nõukogude Liidus 6. kohal.

Tartus ja Tallinnas loodi hiljuti surdologopeedilised kabinetid. Tartus kasutatakse logopeediliste haigete, peamiselt kogelejate, raviks statsionaarselt ka kaitsepidurdusravi (nn. uniravi). Ravikogemused näitasid, et otstarbekamaks osutus füsioloogiliselt süvendatud ja pikendatud mitte aga narkoositaoline uni. Kogelemise statsionaarne ravi on end õigustanud, sest raviefektiivsus saabub selle puhul vahel 5—10 korda kiiremini ja on püsivam kui ainult ambulatoorse ravi puhul. Teadaolevail andmeil toimus seni kogelejate statsionaarne ravi ainult Leningradis ja Tartus.

Hingamisteede mitmesuguste akuutsete ja krooniliste põletikkude puhul rakendatakse Tartus viimase kahe aasta jooksul edukalt aerosoolravi. See raviviis näeb ette antibiootikumide vesilahuste inhaleerimise. Sel teel satub ravim alveoolidesse, kus see resorbeerub. Siin tuleb arvesse lokaalne ja üldine toime, kusjuures antibiootikum (näiteks penitsilliin)

peetub kehas kuni 24 tundi. Selle raviviisi, samuti aeroionisatsiooni puhul kasutatakse Tartu Riikliku Ülikooli füüsikute (dotsent P. Prülleri, J. Reineti jt.) poolt konstrueeritud aparate.

Igapäevases praksises kasutatakse Tartus atroofiliste riniitide, oseena ja bronhiaalastma puhul juba kolme aasta jooksul ka aeroionisatsiooni-ravi. Selle meetodiga ravides õnnestus meil täheldada oseena kliiniliste nähtude kadumist, mida varem ei andnud ükski teine ravimeetod.

Tänu profülaktilistele järelevaatustele, dispanseerimisele ja streptomütsiinile on kõrituberkuloosi juhtude arv Eesti NSV-s jäänud väga väikeseks. Kaugelearenenud kõri- ja neelutuberkuloosi vorme ei ole viimase kümne aasta jooksul enam täheldatud. Kõrituberkuloosi ravime süstides streptomütsiini perineuraalselt *nervus laryngeus superior*'ile. Tõhusaid tagajärgi võib saavutada juba üsna väikeste streptomütsiinhulkadega. Sellega välditakse ühtlasi ka sisekõrva toksilist kahjustust.

Seoses varem põetud tuberkuloosse meningiidiga on meil hakanud suurenema kurtide arv. Kas selles on süüdi tuberkuloosne protsess ise või streptomütsiin, mis avaldab toksilist toimet kõrvanärvisse — see küsimus on praeguseni lahtine. Muude kahjustuste tõttu kurtummaks jäänute arv kahaneb Eesti NSV-s pidevalt.

Keskõrva tuberkuloosi esineb klassikalisel kujul väga harva, rohkem esineb selle haiguse atüüpilisi vorme. Kroonilise otiidi puhul aga tuleb mõelda ka selle tuberkuloossele päritolule, nagu näitavad meie tähelepanekud viimasel ajal isikutel, kes ei põe kopsutuberkuloosi.

Kahjuks ei ole vähenenud kõrivähi juhtude arv. Kõrivähi ravimiseks on 20 aasta jooksul peale kirurgilise ja röntgenravi edukalt kasutatud ka raadiumravi fenestratsioonimeetodit. Esimesed sel teel ravitud haiged on olnud terved kuni praeguse ajani. See kinnitab kõrivähist täieliku tervistumise võimalikkust. Meie kliinilised tähelepanekud on näidanud, et raadiumravi on tõhus ka täiskasvanutel esinevate kõripapilloomide puhul.

Onkoloogiliste juhtude puhul on viimastel aastatel enne kiiritusravi edukalt kasutatud arteriligatuuri. Onkoloogias kasutatakse ka bakteriaalseid toksine. Säärane ravi võib vahel anda häid tagajärgi.

Viimasel ajal on hakanud levima ionoforees- (elektroforees-) ravi, s. o. lahustatud medikamentide manustamine galvaanilise voolu abil, kus peale lokaalse toime tuleb arvesse ka üldtoime. Seda on kasutatud krooniliste otiitide, eriti aga ninas ja kõrvas esinevate tuberkuloossete protsesside puhul. Kogemused näitavad, et see ravimisviis on tõhusam kui samade ainete kasutamine tilkadena.

Positiivseid tulemusi on andnud ka limaskestasisene novokaiinblokaad ägedate põletike ja neuralgiliste valude puhul ninas ning kaelanahasisene novokaiinblokaad kõrituberkuloosi, kõripõletiku ja kõri funktsionaalsete häirete puhul. Tartu Kõrvakliinikus oleme mikrobioloogide abiga viimase poole aasta vältel määranud kõrva mädas või nina ja kurgu limas leiduvate pisikute resistentsust antibiootikumide suhtes. Nagu kasv söötmetel näitab, on enamikel juhtudest penitsilliini toime mikroobide kasvu pärssimisel olnud väiksem kui levomütsetiini, biomütsiini ja streptomütsiini toime.

Seni on Eesti NSV-s olnud küllalt suureks probleemiks söögitoru söövitused, peamiselt seebikivilahuse ja äädikhappega. Neid juhtumeid on olnud Tartu andmetel kuni 20 juhtu aastas. Värsketel juhtudel oleme söögitoru söövituste ravimiseks armkoe tekkimise vältimiseks hakanud kasutama adrenokortikotroopset hormooni. Kuigi kirjanduse andmed sellise raviviisi kohta puuduvad, kinnitavad esialgsed tähelepanekud selle meetodi õigsust. Samuti kasutatakse originaalset kroonilist söögitorusondi ja püsisondi, mis väldivad dekuubituse teket ja võimaldavad süüa suu kaudu.

Nii Tallinna kui ka Tartu vilunumad otorinolarüngoloogid teevad plaanipäraseid ja erakorralisi väljasõite rajoonidesse konsultatsioonide otstarbel. Konsultatsioon on otstarbekohane seal, kus tegelikult on olemas kõrvaarst. Kus kõrvaarst puudub seal kujunevad konsultatsioonid tavaliselt ambulatoorseks vastuvõtuks.

Sanitaarselgitustööst võtavad osa kõik otorinolarüngoloogid, kes on esinenud statsionaarides, käitistes, raadios ja ajakirjanduses. Trükkis on ilmunud populaarteaduslik brošüür angiini kohta Tartu Vabariikliku Sanitaarharidusmaja brošüüride sarjas.

NSV Liidu Otorinolarüngoloogide Seltsi Eesti osakonna liikmeteks on koondunud enamik Eesti NSV-s töötavaist kõrva-nina-kurguarstidest. Osakond töötab alates 1952. aastast ja on pidanud seni 10 teaduslikku koosolekut või konverentsi. 1956. aastal toimus temaatiline konverents angiini alal koos mikrobioloogide seltsiga ja 1957. aasta kevadel Balti riikide vaheline otorinolarüngoloogide konverents Riias.

Eesti NSV otorinolarüngoloogide teadusliku töö raames on käsitletud surdoloogia, audioloogia, onkoloogia, tuberkuloosi traumatoloogia, logopeedia, foniatritia ja tonsillaarprobleemi küsimusi. Neis domineerib kliiniline iseloom. Pärast Suurt Isamaasõda on neli otorinolarüngoloogi kaitsnud 4 kandidaadi väitekirja.

Pärastsõjaaegsel perioodil on trükkis avaldatud üle neljakümne teadusliku töö. Osa neist on ilmunud üleliidulises keskajakirjanduses, muist aga Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tartu Riikliku Ülikooli teaduslike tööde kogumikes ning mitmesuguste konverentside teesidena.

Meie edaspidiseks ülesandeks on hoolitseda otorinolarüngoloogide juurdekasvu eest ja kindlustada kvalifikatsiooni tõstmist praegusele kaadrile, tagades sellega kõrgekvaliteedilist arstiabi elanikkonnale.

О достижениях, состоянии и задачах оториноларингологии Советской Эстонии

Э. Сийрде

Резюме

В Эстонской ССР в настоящее время имеется 47 оториноларингологов, то есть в 15 раз больше, чем их было в 1940 г. Среди республик Советского Союза Эстония по количеству отологов занимает второе место. В Таллине и Тарту находятся основные оториноларингологические стационары. В них производятся все общеизвестные операции по ЛОР и применяются также способы восстановительной хирургии по этой специальности.

Приблизительно треть заболеваний, отмеченных в стационарах, составляют заболевания миндалин (тонзиллэктомия, ангина, паратонзиллярные абсцессы). С каждым годом уменьшаются случаи мастоидита и отита после скарлатины, а также заболеваний туберкулезом гортани. Операции на придаточных пазухах носа учащаются. Смертность от названных заболеваний уменьшается. В Тарту и Таллине работают сурдологопедические кабинеты. В Тарту лечение заикающихся проводится стационарно, где к ним применяется одновременно лечение защитным торможением, а при различных воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей применяются за последние 2—3 года аэрозольтерапия и аэроионотерапия. Пользуются и новокаином в виде эндоназальной и внутрикожной шейной блокады, а также внутривенно. До применения антибиотиков определяется чувствительность микробов к ним. В Эстонской ССР встречаются еще довольно часто ожоги пищевода. При свежих ожогах положительные результаты дает аденокортикотропный гормон.

С 1952 года в республике существует республиканское общество отологов. За прошедшее время было проведено 10 конференций. В 1956 году состоялась вместе с обществом микробиологов тематическая конференция по вопросам ангины и в 1957 году в Риге — конференция оториноларингологов Прибалтийских республик.

В послевоенный период оториноларингологами защищено 4 кандидатские диссертации и опубликовано в печати свыше 40 работ.

Необходимо увеличить прирост оториноларингологов с тем, чтобы обеспечить те районные центры, где отологи еще отсутствуют.

Tallinna Vabariikliku Haigla haiglanõukogu tegevusest

A. Vares

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Kaasaegne haigla oma paljude osakondadega on keerukas organisatsioon, milles on esindatud palju arstiteaduse alasid kui ka ravi- ja profülaktikaalase abi kõige mitmekesisemad lülid, nagu statsionaar, polikliinik, nõuandlad, tervishoiupunktid jne.

Piisab, kui mainida, et Tallinna Vabariikliku Haigla statsionaar koosneb 16-nest eriosakonnast. Peale selle on haiglal veel kaks polikliinikut, naistenõuandla, metoodiline kabinet, sanitaaraviojaam ning 12 mitmesugust ravi- ja diagnostikakabinetti.

Täiesti loomulik on, et säärase asutuse juhtimine ja selle üksikute lülide töö koordineerimine nõuab arstkonna, eriti haigla juhtivate spetsialistide aktiivset osavõttu sellest tööst.

1954. aastal organiseeriti Tallinna Vabariikliku Haigla Nõukogu haigla peaarsti juhtimisel. Nõukogu koosseisu kuulub 30 inimest, nende hulgas peaarst, tema asetäitjad, osakondade juhatajad, partei- ja ametiühinguorganisatsioonide esindajad, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistid.

Viimase kolme aasta jooksul oleme omandanud palju töökogemusi. Selle aja jooksul on haiglanõukogu istungitel kuulatud 32 mitmesugust haigla tööga seotud küsimust. Haiglanõukogu tegevus on olnud tõhus. Seda võib tõestada mitmete näidetega. Nii näiteks oli vastsündinute suremus sünnitusosakondades paljude aastate jooksul võrdlemisi suur. Seda küsimust arutati haiglanõukogus pärast põhjalikku ettevalmistamist 1956. a. detsembrikuus. Nii küsimuse ettevalmistamisel kui ka istungil avastati sünnitusosakondade töös palju puudusi seoses sünnituste vastuvõtmise, vastsündinute sünnituspalatist vastsündinute osakonda üleandmise ja vastsündinute eest hoolitsemisega. Pärast küsimuse arutamist võeti vastu põhjalik otsus, millest lähtudes koostati konkreetne plaan puuduste likvideerimiseks. Tagajärjed olid kohe nähtavad: vastsündinute suremus vähenes iga kuuga ning 1957. aastal oli see 1,5 protsenti, 2,3 protsendi vastu 1956. aastal, kusjuures ajaliselt sündinute suremus langes isegi 0,15 protsendile.

Praktiliste arstide osavõtt teaduslikust uurimistööst tõstab nende praktilise ja teoreetilise ettevalmistatuse taset ning on üheks faktoriks ravi- ja profülaktikaalase töö kvaliteedi tõstmisel. Sellegipoolest on olnud teadusliku uurimistööga seotud küsimused haiglanõukogu erilise tähelepanu objektiks. Nende tööde plaani kinnitab haiglanõukogu igal aastal. Peale selle arutas haiglanõukogu oma istungitel seda küsimust viimase kolme aasta jooksul viis korda. Selle tagajärjel on suurenenud teaduslikust uurimistööst osavõtvate arstide arv iga aastaga. Nii näiteks ilmus 1957. aastal trükist 18 teaduslikku tööd, arvestamata suurt hulka populaarteaduslikke artikleid ning ettekandeid arstide seltside koosolekutel ja konverentsidel.

Diagnostika kvaliteedi tõstmisel on suur tähtsus hästi organiseeritud prosektuuritööl. Haiglanõukogu arutas seda küsimust viimaste aastate jooksul korduvalt. See aitas haigla prosektuuritöö tõsta kõrgele tasemele, lähendada see kliinikule, järsult suurendada biopsiamaterjali uurimist, juurutada uusi patohistoloogilisi uurimismeetodeid ja tõsta kliiniliste patoloogilis-anatoomiaalaste konverentside taset.

Enne laboratoorse diagnostika küsimuste arutamist haiglanõukogu istungil uuriti seda tööd põhjalikult nii laboratooriumis kui ka haigla osakondades. Laboratooriumi ülekoormamine tavaliste kliiniliste analüüsidega ei lubanud juurutada diagnostilisse praktikasse tervet rida kliini-

kule tähtsaid biokeemilisi analüüse. Selgus, et väga palju analüüse tehakse šablooni tõttu, ilma kliinilise näidustusest; tervet rida analüüse, nagu näiteks erütrotsüütide settereaktsiooni ja teisi, on võimalik teha haigla osakondades. Laboratooriumi vabastamine asjatust koormusest võimaldas juurutada diagnostikasse uusi keerukaid analüüse. Piisab, kui mainime, et viimase kolme aasta jooksul on omandatud 12-ne biokeemilise analüüsi meetod, nende hulgas ka veres fosfori ja kaaliumi leidumise uurimine, valgufraktsioonide määramine vereseerumis, vere reservleelisuuse määramine jne. See võimaldas haigla osakondadel märksa parandada tööd ravi ja diagnostika alal.

Tähtsaks tööloiguks on Põhja-Eesti' maarajoonide organisatsiooniline, metoodiline ja konsultatiivne abistamine. Neid küsimusi on haiglanõukogu arutanud igal aastal. Selle ala saavutuste ja puuduste süstemaatiline uurimine ning nende kriitiline hindamine haiglanõukogu istungitel võimaldas õigeaegselt kõrvaldada kõlbmatud ja praktikas õigustamata töömeetodid ning laiendada teisi, elulisi vorme.

Üldise tunnustuse võitsid selle tõttu spetsialiseeritud seminarid rajoonihaigla arstidele. Paranes ka kursuste ning rajoonihaiglate jaoks spetsialistide ettevalmistamise kvaliteet jne.

Juba mitu aastat järjest arutatakse haigla osakondades aruandeid haiglanõukogu erakorralistel istungitel. Säärane moodus võimaldab põhjalikult arutada osakondade tööd, välja selgitada puudused ja leida võimalusi häirimatuks töötamiseks kõigis haigla osakondades.

Haiglanõukogu istungitel arutatavate küsimuste kohta võetakse vastu konkreetne otsus, mille projekt koostatakse õigeaegselt, küsimuse haiglanõukogu istungil arutamiseks ettevalmistamise käigus. Otsust täiendatakse ja muudetakse küsimuse arutamise juures ja alles siis võtab haigla nõukogu selle lõplikult vastu. Haiglanõukogu on nõuandev organ ja tema tegevus ei nõrgenda ainujuhtimise aluseid. Arvesse võttes aga asjaolu, et haiglanõukogu tööd juhib haigla peaarst, on nõukogu otsused kohustuslikud igale osakonnale. Meie praktikas ei ole olnud vajadust haiglanõukogu otsuste täitmiseks välja anda käskkirja või muid taolisi korraldusi. Ainult mõningatel juhtudel, kui haiglanõukogu otsus puudutas keerukaid küsimusi, mille lahendamine nõudis palju aega ja kompleksseid abinõusid, tuli vastavatel osakondadel koostada otsuse täitmiseks konkreetne kalenderplaan. Selle plaani kinnitab haigla juhtkond.

Suurt tähtsust haiglanõukogu viljakas tegevuses omab nõukogu liikmete aktiivsus nii küsimuse ettevalmistamisel kui ka selle otsustamisel. Sama tõhus on ka kriitika ja enesekriitika nii alt- kui ka ülaltpoolt.

Otsustavat tähtsust haiglanõukogu tegevuse arendamisel omab hästi koostatud tööplaan. Haiglanõukogu aastaplaani koostamisel lähtume alati haigla töönäitajatest, arvestades kitsaskohti, lahendamata jäänud probleemide ja tervishoiuasutuste ees seisvaid ülesandeid. Nii oli näiteks haiglanõukogu 1958. aasta tööplaanis peale osakondade aruannete vastuvõtmise veel 11 küsimust, nagu olukord traumatismi ja haigestumuse alal ajutise töövõimetusega polikliiniku tööpiirkonnas asuvates tööstusettevõtetes ja abinõud selle vähendamiseks. Sääraste küsimuste arutamine on väga aktuaalne, sest 1957. aasta jooksul suurenes haigestumus ja traumatism ajutise töövõime kaotusega mitmetes polikliiniku tööpiirkonnas asuvates tööstusettevõtetes. Suurt tähelepanu pöörati 1958. aasta tööplaanis ka polikliinilise teenindamise küsimustele. Seoses Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Presiidiumi 1957. aasta 13. novembri otsusega «Puudustest töötajate meditsiinalases teenindamises» on see ka täiesti arusaadav.

1958. aasta tööplaanis oli säärane küsimus nagu «Kliinilisest miinimumist haigete uurimisel statsionaaris mõningate haiguste puhul». Selle küsimuse päevakorda võtmise põhjuseks oli asjaolu, et haiglas laienes märgatavalt igasuguste laboratoorsete röntgenoloogiliste, elektrokardio-

graafiliste ja funktsionaaldiagnostiliste uurimismeetodite diapaseon. Kõik haigla osakonnad ja arstid ei kasuta aga neid võimalusi võrdsel määral. Mõned arstid kasutavad diagnostilisi meetodeid vähe, teised aga liialdavad nendega. Säärane erinevus töös ei võimalda kasutada laialdast kliinilist materjali teaduslikul otstarbel.

Tööplaanis on ette nähtud arutada ka kirurgilise tegevuse arendamise perspektiive haiglas ja rida teisi küsimusi.

Tehes kokkuvõtteid oma tööst arvame, et haiglanõukogu on end täiel määral õigustanud ja praegu seisab meie ees ülesanne luua kõigi rajoonihaiglate juurde kaastöönõukogud. Rajoonihaiglate kaastöönõukogudesse peavad kuuluma töörahva saadikute nõukogude täitevkomiteede, ametiühingute, Punase Risti organisatsiooni ja teiste ühiskondlike organisatsioonide esindajad. Rajoonihaiglate kaastöönõukogude töö aktuaalsemateks küsimusteks võiksid olla elanikkonna polikliiniline teenindamine, dispanseerimine, haigestumus ajutise töövõimetusega, arstide teaduslik töö ja muud üritused.

О работе больничного совета Таллинской республиканской больницы

А. Варес

Резюме

Больничный совет при Таллинской республиканской больнице существует с 1954 года. В его состав входят: заместители главного врача, ведущие специалисты больницы, главные специалисты Министерства здравоохранения ЭССР и представители партийной организации и профсоюзного комитета больницы.

Работа совета проходит согласно предусмотренному плану. При планировании на год исходят из показателей работы больницы с учетом узких мест, нерешенных проблем и поставленных перед здравоохранением задач. Так например, в плане 1958 года предусмотрено обсуждение следующих основных вопросов: о состоянии заболеваемости и травматизма с временной утратой трудоспособности в районе, о деятельности и мерах по ее снижению, о поликлиническом обслуживании населения, о перспективах развития хирургической деятельности больницы и т. д.

Подготовка вопросов к обсуждению на больничном совете осуществляется группой наиболее квалифицированных врачей и преследует цель всесторонне изучить ту или иную проблему и разработать конкретные предложения в виде проекта решения больничного совета по улучшению медицинского обслуживания. Больничный совет по положению является совещательным органом. Однако, учитывая, что он возглавляется главным врачом, решения совета являются обязательными для всех отделений больницы. Для реализации решений совета в нашей практике нет необходимости издавать специальные приказы или распоряжения. Но в отдельных случаях, когда в постановлении совета предусматривается разрешение комплексных мероприятий, установленных на длительный срок, то в развитие такого постановления составляется календарный план, утверждаемый главным врачом больницы.

За время своего существования больничный совет Таллинской республиканской больницы оказал положительное влияние на улучшение лечебно-профилактической работы в больнице и полностью себя оправдал. Опыт нашей работы может послужить основой в деле организации советов содействия во всех городских и районных больницах, где таковые еще не имеются.

Nimme-ristluu radikuliitide ravist B₁₂-vitamiiniga

M. Farber,

(Narva Linna Haiglast, peaarst A. Blum)

Närvihaiguste ravimist B₁₂-vitamiiniga ei ole veel küllaldaselt uuritud. Kodumaal käsitlevad seda küsimust ainult mõned autorid [N Krõšova ja M. Kirpikina (1), T. Kroljunitskaja, K. Makarova jt. (2), F. Pojomnõi ja V. Roizen (3), L. Javorkovski ja S. Issakbajeva (4)].

Meile kättesaadavates kodumaa ja välismaa autorite töodes ei leidunud andmeid B₁₂-vitamiini epiduraalse manustamise kohta.

L. Javorkovski ja S. Issakbajeva (4) kasutasid B₁₂-vitamiini subarahnoidaalselt 9 funikulaarse müeloosihaige ravimisel ja said häid tulemusi.

D. Ventra ja L. Anjago (5) kirjutavad funikulaarse müeloosihaige täielikust tervistumisest B₁₂-vitamiini subarahnoidaalse manustamise puhul.

D. Brage (6) ravis kolme dissemineerunud skleroosiga haiget B₁₂-vitamiini süstimistega endolumbaalselt.

1957. a. juulis alustasime nimme-ristluu radikuliidi ravimist B₁₂-vitamiiniga epiduraalselt. Käesolevas töös esitame 15 haige ravimise tulemused.

11 haigel oli krooniline nimme-ristluu radikuliit ja nad saabusid haiglasse ägenemise perioodil. Neljal haigel oli äge nimme-ristluu radikuliit. Kahel haigel avastati lülisamba röntgenogrammil deformeeriva spondüloosi nähud. Mehi oli 22, naisi — 3. Haigete vanus oli 25 kuni 52 aastat.

B₁₂-vitamiini süstimise ajal epiduraalõõnde oli haige lamavas asendis. Punktisiooninõel sisestati kas 2. ja 3. või 3. ja 4. nimmelüli vahelt. Punktisiooninõela epiduraalõõnde sattumise kontrollimiseks kasutasime tavalisi meetodeid, samuti ka E. Raudami (7) meetodit. Enne süstimist lahustati ampulleeritud B₁₂-vitamiini lahus 10—15 milliliitris füsioloogilises lahuses. Epiduraalõõnde süstiti 10—15 ml füsioloogilist lahust, mis sisaldas 100—200 mikrogrammi B₁₂-vitamiini. Vitamiini süstimise momendil või mõni minut pärast seda tekkis enamikul haigetest paresis haiges jalas, mõnedel haigetel tekkis aga soojustunne põias. Need nähud kestsid 20—30 minutit. 5—10 minutit pärast protseduuri paranes haigete enesetunne. Valu vähenes tunduvalt, pingussümptoomid ei olnud enam nii tugevad, suurenes lülisamba ja haige jala liigutuste ulatus, kadus või vähenes märgatavalt lülisamba skolioos.

Esitame ühe meie tähelepanekutest.

37-aastane naispatsient N. saabus neuroloogiaosakonda 3. jaanuaril 1958. a., kaebas teravaid valusid nimme-ristluu piirkonnas. Haigestus 31. detsembril 1957. a. Teravad valud nimme-ristluu piirkonnas tekkisid pärast raskuse tõstmist. Nende tõttu ei saanud haige peaaegu üldse käia, uni oli häiritud. Esmakordselt haigestus ishiasesse 1955. a.

Objektiivselt: lülisamba alumiste rinna- ja nimmeosade parempoolne skolioos. Laségue sümptoom on järsult positiivne mõlemal pool, kuid rohkem vasakul. Neri ja Déjèrine sümptoomid on väljendunud. Terav valulikkus paravertebraalsetele punktidele vajutamisel vasakul nimme-ristluu piirkonnas. Vasak ahhillese refleksi nõrgenenud, parem elav. Lülisamba liikuvus tunduvalt piiratud. Veres ja kuses muutusi ei esine. Lülisamba röntgenogramm patoloogiliste muutusteta.

4. jaanuaril 1958. a. süstiti epiduraalõõnde 150 mikrogrammi B₁₂-vitamiini 15 ml füsioloogilises lahuses. 2 minutit pärast süstimist jäi vasak jalg tuimaks, tekkis soojustunne vasakus põias. Need nähud möödusid 20 minuti pärast. Nimme-ristluu piirkonnas vähenes valu tunduvalt. Kadus lülisamba skolioos. Pinguse sümptoomid ei olnud enam nii tugevasti väljendunud. Pärast protseduuri tõusis haige ise laualt ja läks palatisse. Järgneva kolme päeva jooksul kadusid valud täielikult. 7. jaanuaril 1958. a. kirjutati patsient haiglast välja heas seisundis.

Enamasti süstime B₁₂-vitamiini üks kord. Ainult kahele haigele tegime kaks epiduraalset süstet.

Selle meetodiga ravitutest tekkis tunduv paranemine 11 haigel, rahuldavalt paranes 3 haiget. Ühel haigel ei andnud ravi tulemusi. Teda oli ravitud viimase kuue kuu jooksul mitmesuguste meetoditega. Muuhulgas oli talle tehtud ka kaks epiduraalset novokaiinisüstet ja mitu novokaiiniblokaadi. Haigele tehti ka füsioterapeutilisi protseduure ja prooviti röntgenravi. Ravi otstarbel viibis ta ka sanatooriumis ja kuurordis. Paranemist aga ei saanud. Nähtavasti vajab see haige operatiivset ravi.

Haiged viibisid ägeda nimme-ristluu radikuliidiga haiglas keskmiselt 7,5 voodipäeva, kroonilise protsessi puhul 12,4 voodipäeva.

Viiele nimme-ristluuradikuliidiga haigele süstiti B₁₂-vitamiini subarahnoidaalselt. Nende hulgast kolmel haigel oli äge nimme-ristluuradikuliit, kahel aga krooniline. Haigetele süstiti üks kord 30 mikrogrammi B₁₂-vitamiini. Enne seda lasti 3—2 ml seljaajuvedelikku välja. Pärast punktsiooni lamas haige kõhuli 2 tundi ning lebas seejärel 24 tundi voodis.

Tavaliselt vähenesid valud 4—6 tunni jooksul pärast protseduuri. Järgnevatel päevadel jätkus haige seisundi paranemine. Pärast B₁₂-vitamiini süstimist subarahnoidaalselt ei vaibunud valud täiesti, seepärast anti kõikidele haigetele püramidooni, kolmele haigele määrati füsioterapeutiline ravi, mille tagajärjel kadusid valud kiiresti ja haiged terveks.

Me ei täheldanud mingeid kõrvalnähtusi, välja arvatud peavalu, mis esineb ka pärast seljaaju punkteerimist.

Nendest tähelepanekutest ei piisa lõpliku kokkuvõtte tegemiseks, kuid nad näitavad, et B₁₂-vitamiini epiduraalne manustamine on tõhusam kui subarahnoidaalne.

Nagu meile näib, lubavad head ravitulemused seda meetodit nimme-ristluu radikuliitide ravimisel laialdasemalt soovitada.

Kirjandus

1. Крышова Н. А. и Кирпикина М. Д. — Сборник «Витамин В₁₂ и его клиническое применение» Медгиз М., 210—214, 1956.
2. Кролюницкая Т. Л., Макарова К. М., Миттельштедт А. А. и Хрущева Е. А. — «О лечении бокового амиотрофического склероза витамином В₁₂». Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова т. 56 в. 4, 319—323, 1956.
3. Поёмный Ф. А. и Ройзен В. С. — «К лечению витамином В₁₂ заболеваний периферической нервной системы». Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова т. 57 в. 2, 191—192, 1957.
4. Яворковский Л. И. и Исакбаева С. Е. — «Лечение больных фуникулярным миелозом эндолумбальным введением витамина В₁₂». Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова т. 57 в. 2, 187—190, 1957.
5. Вентра Д. и Аньего Л. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, т. 55, в. 8, 628, 1955.
6. Brage, D. — «Resultados terapeuticos con vitamina В₁₂ en algunos procesos neurologicos. Los grandes dosis per via intravenosa y subaracnoidea». Prensa led. argent., 43, 6, 498—504, 1956.
7. Раудам Э. И. «Об отрицательном давлении в сигнальном эпидуральном пространстве и его значении в диагностике». Вопросы нейрохирургии, 4, 34—38, 1956.

О лечении пояснично-крестцовых радикулитов эпидуральным и субарахноидальным введением витамина В₁₂

М. Фарбер

Резюме

Лечение неврологических заболеваний витамином В₁₂ изучено еще недостаточно. В отечественной литературе этому вопросу посвящено всего несколько работ.

В доступной нам отечественной и мировой литературе мы не нашли работ о лечении неврологических заболеваний эпидуральным введением витамина В₁₂.

С 1957 г. мы начали лечить пояснично-крестцовые радикулиты введением витамина В₁₂ эпидурально. Всего под врачебным наблюдением находилось 15 больных. У 4 из них был острый, а у 11 — хронический пояснично-крестцовый радикулит.

В эпидуральное пространство вводилось 100—200 микрограммов витамина В₁₂ в 10—15 см³ физиологического раствора.

Больной находился в лежащем положении. Пункционная игла вводилась между 2 и 3, или 3 и 4 поясничными позвонками.

Обычно у больных отмечалось улучшение состояния через 5—10 минут после окончания процедуры: значительно уменьшались боли, менее выраженными становились симптомы натяжения, увеличивался объем движений в позвоночнике и больной ноге, исчезал или значительно уменьшался сколиоз позвоночника.

Среди больных, к которым применялся этот метод лечения, значительное улучшение наступило у 11, улучшение — у 3. У одного больного эффекта не было получено.

Пяти больным с пояснично-крестцовым радикулитом витамин В₁₂ вводился субарахноидально однократно 30 микрограммов. Предварительно выпускали 2—3 см³ спинномозговой жидкости. Обычно уменьшение болей наступало через 4—6 часов после процедуры.

Так как боли полностью не прекращались, все больные получали пирамидон, а 3 из них — физиопроцедуры. Это приводило к быстрому исчезновению болей и выздоравливанию больных.

TÄHELEPANEKUID POLIOMÜELIIDI RAVIMISEL REKONVALESTSENTIDE VEREGA

A. Pruuli,

Abja rajoonihaigla peaarst

Septembrikuu esimestel päevadel esines Abja rajoonis üksikuid poliomüeliidijuhtumeid, mis sundis meid mõtlema, kuidas tõhusamalt aidata haigeid preparalüütilises staadiumis. Seda enam, et Tervishoiu Ministeeriumi korraldusel ja haigete traumatiseerimise vältimiseks tuleb haigeid ravida kohapeal — s. o. rajoonihaiglates.

Nagu teada, peab poliomüeliidi varajane ravi olema suunatud sellele, et vältida viiruse kesknärvisüsteemi tungimist ja pidurdada viiruse paljunemist organismis. Sel eesmärgil püüdsime oma tööd korraldada nii, et saada varakult halvatuseelses staadiumis kohapealsete abinõudega parimaid tulemusi.

Võtsime kõik varematal aastatel poliomüeliiti põdenud isikud dispanseersele arvele, selgitades nende tervislikku seisundit, eriti Botkini haiguse suhtes. Enamus nendest isikutest olid juba reservdoonorid.

Sel perioodil viibis meie rajoonihaigla nakkusosakonnas ravil kümme poliomüeliidihäiget. Kaheksale neist manustati esimestel haiguspäevadel, s. o. prepalüütilises staadiumis rekonvalescentide verd. Arvele võetud rekonvalescentid — reservdoonorid kutsusime välja vastavalt varajasemale kokkuleppele. Enamikule haigetest manustati 3 päeva jooksul palavikuperioodil 50—60 ccm verd tuharate piirkonda lihastesisesi.

Tänu varajastele komplekssetele raviabinõudele, eriti aga rekonvalescentide vere manustamisele, võis märgata pärast vere kolmekordset manustamist kehatemperatuuri normaliseerumist, üldise enesetunde paranemist ja meningiaalsete nähtude kiiret taandarenemist.

Meie arvates on rekonvalescentide vere varajane manustamine poliomüeliiti põdevatele isikutele tõhusaks abinõuks haiguse arenemise ja paralüüside kujunemise vältimisel. Eriti tuleb seda ravi soovitada maa-rajoonides, kus teinekord võib olla raskusi gammaglobuliini jt. defitsiitsete preparaatide saamisega.

Peensoole invaginatsiooni väljalangemise juhtum läbi enterostoomiajärgse uurise ava

Š. Gulordava

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonda hospitaliseeriti 6. jaanuaril 1958. a. kolmeaastane laps T. (Hgl. nr. 267). Sama haige viibis Tallinna Vabariiklikus Haiglas ravil 1957. a. algul (Hgl. nr. 962), kuhu ta oli suunatud ühest rajoonidevahelisest haiglast kaheksandal päeval pärast haigestumist hooletusse jäetud apenditsiidinähtudega. Haige laporatomeeriti tookord haiglasse vastuvõtmise päeval. Operatsiooni sedastati ussjätke gangrenooset põletikku koos mulgustumisega ja peritoniiti. Tehti tavaline apendektoomia. Pärast operatsiooni arenes haigel raske septiline seisund ja soolte pares. Kolmandal päeval pärast apendektoomiat eemaldati kõhuõõnesse paigutatud tampoon ja dren. Kahe päeva pärast eventreerus operatsioonihaavast rasvik, mis paigaldati. Dünaamilise illeuse arenemise tõttu teostati haigele 26. jaanuaril 1957. a. enterostoomia Stamm-Kader'i meetodil. 21. päeval pärast enterostoomiat kirjutati laps haiglast välja sooleuurisega täiesti rahuldavas seisundis. Kodus oli lapse enesetunne rahuldav, roe eritus peamiselt uurise kaudu, loomulikult teel toimus roojamine väga harva. Hoolimata sellest, et lapse tagasitulek uurise sulgemiseks määrati 2 kuu pärast, toodi laps haiglasse alles aasta möödumisel. Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonda saabumisel 6. jaanuaril 1958. a. oli lapse üldine seisund rahuldav. Laps oli aktiivne, söi hästi. Nägu oli veidi kahvatu, toitumus alanenud. Parema külje piirkonnas kõhul oli formeerunud mittetäielik huuletaoline peensoole uuris, mille kaudu eritus peaaegu kogu soolesisu ja gaasid. Uurise ümber oli tekkinud naha laialdane põletik. Last valmistati ette plaanipäraseks uurise sulgemise operatsiooniks. Kuuendal päeval pärast saabumist, s. o. 11. jaanuaril 1958. a. halvenes aga lapse seisund, ilmusid valud kõhus, laps oksendas. 12. jaanuaril 1958. a. öösel kell 2 muutus lapse üldseisund äärmiselt raskeks. Nägu oli kahvatu, kattus külma higiga, sõrmeotsad ja huuled olid tsüanootilised. Viimase tunni jooksul oksendas haige kaks korda, oigas, lamas paremal küljel, jalad põlve- ja puusaliigesest painutatud. Puls oli 106 lööki minutis, nõrga täitumusega. Südametoonid olid tuhmid, keel kuiv, hallikas-kollase katuga. Köht oli pingul ja valulik. Peristaltikat ei olnud kuulda. Kõhu-uurise avast oli välja langenud elastne, 20—25 sm pikkune ja 8 sm diameetriga tumepunane moodustis. Viimase pind veritses ja oli kohati nekrootiliselt muutunud.

Tähelepanelikumal vaatlusel selgus, et see oli lõõtsana kokkusurutud invagineerunud peensoole osa. Roe ja gaasid ei eritunud. Lapse ähvardava seisundi tõttu otsustati teha kiire invaginaadi resektsioon ja uurise sulgemine. Laps valmistati kohe ette operatsiooniks.

Operatsioon toimus 12. jaanuaril 1958. a. kell 3.00 üldise eetri- ja hapnikunarkoosiga. Uurise ümber tehti kaks lõiget. Kogu konglomeraat resetseeriti kuni terve koe piirini, anastomoos teostati külj-küljega. Mesenteriaalne ava õmmeldi kinni. Peensoole keskmeid imbibeeriti 0,25-protsendilise novokaiinilahusega. Kõhuõõnesse viidi 250 000 ühikut streptomütsiini ja 150 000 ühikut penitsilliini. Kõhusein õmmeldi kihthaaval täiesti kinni.

Preparaat — resetseeritud invaginaat koosnes 40 sm pikkusest soolest.

Esimestel päevadel pärast operatsiooni oli lapse seisund raske. Ta oli kahvatu, apaatne, magas palju, oksendas kaks korda, pulss oli sage ja nõrga täitumusega. Keel oli kuiv, hallika katuga. Köht ei puhitunud (gaasid väljusid). Palpeerides oli köht pehme, valulik. Nahk oli kuiv, püodermi-

lised elemendid olid koorikuks kuivanud. Korduvalt kanti üle verd ja kuiva raviseerumit, süstiti viieprotsendilist glükoosi, südamevahendeid ja antibiootikume.

Järgnevatel päevadel lapse tervis paranes. Kolmandal päeval pärast operatsiooni eritus roe. Neljandal päeval oli nahk uurise ümbruses puhas. 18. jaanuaril 1958. a. kõrvaldati õmblused, haav oli esmapingsalt kokku kasvanud. 27. jaanuaril 1958. a. kirjutati laps heas seisundis koju.

Lapse kontrollimisel neija kuu pärast oli tema tervislik seisund hea. Kirjeldatud haigusjuhtum kinnitab, et apenditsiit lastel võib kulgeda algusest peale äärmiselt raskelt, tugevate intoksikatsiooninähtudega, mille taustal ägeda apenditsiidi tüüpilised nähud muutuvad ähmaseks, mis põhjustab diagnoosimisel vigu, sellest tulenevate raskete tagajärgedega. Tampooni ja dreeni enneaegne (3-ndal päeval pärast apendektoomiat) eemaldamine neil haigeil ei ole otstarbekohane. Soolte kokkukleepumisel tampooniga on viimase varajane eemaldamine möödapääsematult seotud koe vigastamisega. Tampooni vägivaldne väljatõmbamine võib operatsiooniavasse kaasa tõmmata ka soole lingu ja rasviku, mis võib luua tingimused eventratsiooni tekkimiseks.

Peritoniidi taustal tekkinud raske dünaamilise soolesulguse puhul on enterostoomia paljudel juhtudel haigele päästvaks operatsiooniks, kuid enterostoomia ebaõige meetodi tõttu võib tekkida huuletaoline uuris ja sool välja langeda, nagu see juhtus eespoolmainitud lapsel.

Üldistamata operatiivset taktikat tahaksime sääraseid juhtudel rõhutada, et läbi uurise ava väljalangenud invaginaadiga haiget tuleb ravida operatiivselt. Lõpuks pakub toodud juhtum mitte ainult teatavat kliinilist huvi, vaid osutub ka üldse harvaks peensoole huuletaolise uurise tüsistuseks, millest hoidumine on võimalik õige taktika rakendamisel raviprotsessi mitmesugustel etappidel.

VASTSÜNDINU LEETRISSE HAIGESTUMISE JUHTUM

H. Pihl

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat
A. J a n n u s)

Vastsündinute haigestumist leetritesse peetakse üldiselt haruldaseks. Ka esimestel elukuudel haigestuvad lapsed leetritesse harva. Volõnskaja ja Bugajeva (1) on läbi töötanud 4209 lapse haigusloo, kelledest ainult üks haigestus enne kolmandat elukuud. Harilikult ei haigestu vastsündinud leetritesse ka ilmse kontakti puhul leetriaigega. Eckstein [tsit. Bie-ling'i järgi (2)] kirjeldab juhtumit, kus emal tekkis leetrilööve 5. päeval pärast sünnitust. Vaatamata tihedale kontaktile (lapse imetamine jne.), ei järgnenud vastsündinu haigestumist.

Leetritesse haigestumise vähest esinemist esimestel elukuudel selgitatakse ühelt poolt emalt saadud immuunsusega, teiselt poolt aga ka sellega, et väikelastel on piiratud kokkupuutumise võimalused haigetega [Joffe (3) jt.]. Sellevastu Tur (4), Eckstein jt. kalduvad arvama, et väikelaste ohustamatus nakkushaiguste suhtes ei sõltu päritud passiivsest immuunsusest, vaid on üldse iseloomulik selle eaperioodi immuun-bioloogilisele seisundile.

Järgnevalt esitame lühikese ülevaate vastsündinu leetritesse haigestumise juhtumist Tallinnas 1958. a.

12. septembril 1958. a. hospitaliseeriti Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonda Harju rajoonist pärinev esmassünnitaja J. S. (sünnituslugu nr. 2512), kes

samal päeval sünnitas normaalse, 3200 grammi raskuse ja 50 sm pikkuse tütarlapse. Sünnitusosakonda vastuvõtmisel oli ema kehatemperatuur 37,6°C, esinesid kõha, nohu ja kurgu hüpereemia. Sünnitusele järgneval päeval, s. o. 13. sept., tekkisid haige näole roosakad laigud. 15. sept. konsulteeris haiget infektsionist: haige nägu, kere ja jäsemed olid kaetud laialaigulise papuloosse lööbega, esinesid valguspelgus, konjunktiviit ja nohu, põse limaskestadel leidsid Filatov-Kopliki laigud, diagnoos — *Morbilli*. Temperatuur normaliseerus 17. septembril, millal ka lööve juba kahvatus. 20. septembril oli haige nahk täiesti puhas.

Vastsündinul täheldati kehatemperatuuri tõusu 38,2°C 21. septembri õhtul (s. o. 10-ndal päeval pärast sündi). 22. septembril lisandusid nohu ja kurgu hüpereemia. 23. septembril kattus laps leetrilööbega. Samal päeval paigutati ta koos emaga Tallinna Linna Nakkushaiglas (haiguslood nr. 3726 ja nr. 3727). Kuni 26. septembrini oli lapse temperatuur öhtuti 38,0° C, hommikuti 37,0° C. Lööve hakkas lapsel kaduma 25. septembril. 25. septembril teostatud lapse vere analüüsi tulemused olid järgmised: Hb. % — 90, Lk. 9000, SR — 3 mm. Valem: Eos. 3, Keppt. 3, Segmt. — 38, Lümfots. 51, Monots. 5.

Muuseas avastati 25. septembril bakterioloogilisel uurimisel nii ema kui tütre roojast *Shigella dysenteriae Flexneri* (tüüp määramata), kusjuures mõlemate koprogrammis ei sedastatud mingisuguseid patoloogilisi leide. Düsenteeria põdemist ema eitab. Nakkushaiglas viibimise ajal oli mõlemate iste normaalne. Lapsel oli hea isu, rinnapiima vähesuse tõttu hakkas ta saama lisatoitu.

Lapse subfebrilne temperatuur normaliseerus 4. oktoobril. 10. oktoobril 1958. a. kirjutati ema ja laps tervetena haiglast välja lõppdiagnoosidega: Leetrid, düsenteeria pisikukandmine.

Vastsündinute leetritesse haigestumised, kui harvaesinevad juhtumid, on leidnud käsitlemist meditsiinilises kirjanduses ka varem. Nii kirjeldab Lomer (5) 1888. a. leetritesse haigestunud vastsündinut, kelle ema suri 5-ndal päeval pärast sünnitust leetrite komplikatsioonina tekkinud kopsupõletikku. Teissier (6) kirjeldab 19. aasta vanust hiljuti leetreid põdenud sünnitajat, kelle lapsel oli leetrilööve juba sündides. Meile käepärast olevate bibliograafiliste teatmike ja kirjanduse andmetel selgus, et nõukogude autoritest käsitlevad vastsündinute leetritesse haigestumise juhtumeid Mitelman ja Berger (7) ning Smirnova ja Strutskovskaja (8).

Muidugi tuleb võrdlemisi haruldaseks pidada meie poolt kirjeldatud 34. aasta vanuse ema haigestumist leetritesse, sest leetreid põetakse harilikult lapseas. Bašenini (9) andmetel on meie oludes kuni 20. eluaastani leetreid põdenud juba 90% elanikkonnast.

KIRJANDUS 1. Волынская В. А. и Бугаева Г. П. Педиатрия, 1956, 5, 52—54. — 2. Bieling, R. Masern. Raamatus «Handbuch der Viruskrankheiten». Hrsg. V. Gildedeister E. u. a. Bd. 1, Jena, 1939, 432—434. — 3. Иоффе В. И. Корь. В кн. Эпидемиология под ред. Змеева Г. Я., Л., 1957. — 4. Тур А. Ф. Физиология и патология детей периода новорождения. Л., 1955. — 5. Lomer (Hamburg). Zbl. Gynäkol. 1889, 48, 826—827. — 6. Teissier P. — J. Rougede. Raamatus Roger G. H. e. a. Nouveau Traité de Médecine. Fase. 2., Paris, 1928, 153—217. — 7. Мительман Г. М. и Бергер Э. Л. Здравоохр. Таджикистана, 1957, 2, 22—23. — 8. Смирнова Е. В. и Струцковская А. Л. Педиатрия. 1949, 4, 20—25. — 9. Башенин В. А. Курс частной эпидемиологии, Л. 1955.

Случай заболевания новорожденного корью

Х. Пихл

Резюме

Случаи заболевания корью среди новорожденных и детей первых месяцев жизни встречаются редко. Это можно объяснить пассивным иммунитетом, унаследованным детьми от матери. Проф. А. Тур и др. придерживаются мнения, что невосприимчивость новорожденных к некоторым инфекционным болезням просто-напросто свойственно иммунобиологическому состоянию соответствующего возраста.

Нами приводится случай заболевания ребенка корью на десятый день жизни, который заразился от 34-летней матери, поступившей в родильное отделение в продормальный период кори и заболевшей на следующий день после родов.

Болезнь как у матери, так и у ребенка протекала относительно легко, без осложнений.

Заболеваемость матери в 34-летнем возрасте следует считать также необычным явлением, так как, по данным В. Башенина — 90% случаев кори наблюдается у людей в возрасте до 20 лет.

ÄAREMÄRKUSI AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» LUGEDES¹

Kui taas ilmuma hakkas eestikeelne meditsiiniline ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid», oli see meie vabariigi tervishoiutöötajatele suursündmuseks. Tellimised ületasid märgatavalt esialgselt planeeritud tiraaži ja seda tuli suurendada. Kaastööd on ajakirja toimetusele saabunud juba nii ohtrasti, et osutus vajalikuks välja anda lisa kuuenda numbri juurde. See kõik näitab, kuivõrd oli küpsenud vajadus oma meditsiinilise ajakirja järgi ning kuivõrd kannatamatult ajakirja oodati.

Käesoleva numbriga lõpetab «Nõukogude Eesti Tervishoid» oma esimese aastakäigu. Lugejad on saanud ajakirjast juba üsna ulatusliku ülevaate. Ajakirjas avaldatud kirjutused on äratanud mitte ainult teaduslikke mõtteid, vaid ka mõningaid arvamusi ja soove kas sisu või vormistamise suhtes.

Esimese aastakäigu kogumuljena tuleb ütelda, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» on põhijoontes täitnud temale pandud lootused ning rahuldab lugejat. Ajakirjas on avaldatud rohkesti kirjutusi nii üldteaduslikel kui ka praktilistel tervishoiuteemadel meie vabariigi arstiteadlaste ja ka arstide-praktikute sulest. Suurt üldistavat väärtust omab Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja A. Nordbergi artiklite sari meie vabariigi tervishoiu organisatsiooni alal. Neis artiklites on ammendavalt käsitletud rida olulisi küsimusi tervishoiuvõrgu töös, on analüüsitud meie raviasutusi ning näidatud teid, kuidas parandada elanikkonna meditsiinilist teenindamist. Teaduslikest artiklitest võib esile tõsta esmajoones dots. K. Kõrge ülevaadet AKTH ja kortisooni rakendamisest, A. Jannuse artiklit komplikatsioonidest antibiootikumide manustamisest, A. Gunteri ülevaadet südame ja veresoonte haiguste profülaktikast ja ravist, dotsent E. Raudami artiklit poliomüeliidi ravimisest, professor E. Karu ülevaadet aminasiinravi rakendamisest psühhiaatrias ja paljusid teisi. Sellised artiklid, vastates teadusliku ajakirja nõuetele nii sisulise taseme kui ka vormistamise poolest, abistavad niihästi arstidel kui ka keskharidusega meditsiinitöötajail paremini orienteeruda kaasaegse meditsiini põhilistes küsimustes.

Niisuguste artiklite kõrval, mis täidavad oma ülesande ning rahuldavad lugejat, on ajakirja senistes numbrites ilmunud ka mõningaid kirjutusi, mille puhul tekib teatud pretensioone autoritele.

Nii jätab N. Elšteini artikkel «Medikamentoosse ravi küsimusi» (NET 1, 40, 1958) rahuldamatuse tunde. Artikkel on pühendatud ühele kahtlemata väga olulisele küsimusele arstlikus praktikas. Autor on esile toonud mitmeid täiesti õigeid mõtteid ning seisukohti ja on teinud mõnegi õige kriitilise märkuse kirjanduse andmete kohta. Kuid materjali lünkliku ja pinnalise esituse tõttu on artikkel kokkuvõttes ainult medikamentoosse ravi probleemi mõningate aspektide põgus loetelu, konglomeraat omavahel üsna lõdvalt seotud mõttekäikudest ja tarbetuist tsitaatidest. Küsimuste põhjani autor ei tungi. Antibiootikumide ratsionaalset rakendamist käsitledes ei maini ta näiteks organismi mikrofloora mütsiinresistentsuse määramise menetlust. Rumeenia teadlaste kogemused novokaiiniga kummutatakse Graštšenkovi üldteoreetilise tsitaadiga, laskumata üldse faktide pinnale. Ühe-kahe lausega puudutab autor sanitaarharidustööd, farmatseutide osa, psühhoterapiat, haigete üldist režiimi ja teisi taolisi arstipraktika põhiküsimusi. Probleemistik on käsile võetud akadeemiku laadiliselt üldistavas ulatuses, käsitus on aga välja kukkunud sanitaarharidusliku loengu taolisena.

¹ Toimetuse avaldab ülaltoodud artikli diskussiooni korras ja palub ka teisi ajakirja lugejaid esitada oma arvamus autori poolt puudutatud küsimuste kohta.

Omapärase mulje tekitab F. Arnemani artikkel «Parandada diagnoosimise kvaliteeti» (NET 1, 21, 1958). Tunneme ja hindame F. Arnemani kui meditsiinilise statistika suure spetsialisti osa meie vabariigi tervishoius. Kuid tema artiklist jääb tunne, et tema jaoks nagu enam ei eksisteerikski elavat inimest, haiget kogu tema murede ja hädadega, vaid ainult aruande rubriigid. Tuleb välja, et haiguse täpne diagnoosimine on tarvilik — esmajoones aruandluse jaoks. Arstikunsti kohta annab F. Arneman aga hoopis hämmastava definitsiooni: «Raviva arsti kunst peab seisma selles, et igat üksikjuhtu üksikasjalikult analüüsida ja tõmmata selge piir, mis kuulub registreerimisele ja mida registreerida ei tule». Sic! Ja seni arvatsime, et arsti kunst seisneb haiguse äratundmises selleks, et seda kiiresti ja adekvaatselt ravida. Arvame, et autor kõike seda nii ei ole mõelnud, nagu ta on kirjutanud.

Ajakirja neljandas numbris ilmusid rubriigis «Kogemuste vahetamine» M. Püümetse artikkel «Õpilaste meditsiinilisest läbivaatusest» ja V. Heidemaa artikkel «Ravi- ja profülaktikaasutuste töökultuurist». Lugeja ootab loomulikult, et autorid tõepoolest esitaksid oma kogemusi ja tähelepanekuid käsiteldavais — üsnagi aktuaalsetes — küsimustes. Kuid tegelikult piirduvad mõlemad autorid tuntud tõdede ja meditsiinitöötajate põhiülesannete loeteluga. Esitatud mõtted on ju kõik õiged, kuid nad on esitatud pinnaliselt. On vaja rohkem konkreetset, rohkem elust võetud näiteid, rohkem tõelist kogemuste vahetamist. Selles osas rahuldab tunduvalt rohkem T. Fuksi artikkel «Roela maa-arstijaoskonna tööst» (NET 2, 90, 1958).

Ühenduses dotsent A. Seppo artikliga «Luu- ja liigesetuberkuloosi uuest ravimeetodist» (NET 2, 63, 1958) kerkib veel üks pretensioon autoritele: rohkem tagasihoidlikkust! Pole kahtlust, et kui ulatusliku kontrollmaterjali ja kliinilise kogemuse põhjal osutub põletikulise luukoe infiltreerimine antibiootikumidega tõepoolest efektiivseks meetodiks, siis niivõrd hästi arstiteadus kui ka nõukogude avalikkus osutavad vajalikku tunnustust ja tänu meetodi autorile. Kui A. Seppo aga oma artikli, mis muide kahjuks ei sisalda ühtki statistilist tõestust ega ühtki kliinilise juhu dünaamika kirjeldust, lõpetab konstateeringuga: «Käesolev töö näitab uue ravisuuna algust», siis jätab see kõrvalmaigu reklaamist, mis ei ole omane nõukogude arstile.

Ajakirja senine praktika tõstab üles rida taotlusi ja soove ka ajakirja toimetuse aadressil. Esmajoones on vaja, et toimetust tihendaks sidet ja koostööd autoritega. Sellisel korral oleksid välditavad niisugused puudused ja libastumised, millest oli juttu eespool. Tihedama kontakti korral saaks ära hoida ka sõnastuslikke ja terminoloogilisi konarlusid, ebajärjekindlusi ja kõrvalekaldumisi üldtarvitavast meditsiinilisest väljendusviisist, nagu neid on esinenud mõnedes artiklites.

Toimetuse üheks suureks ülesandeks peab olema artiklite kõrge taseme ja kompleksuse kindlustamine. Küllaldase kaastöö korral, kui toimetuse portfellis on juba nelja-viie numbriga jaoks vajalikud materjalid, on see praktiliselt hästi teostatav. Esmajoones on toimetusel vaja kindlustada ajakirja iga numbriga jaoks tõhus ülevaateartikkel, mis on pühendatud mõnele aktuaalsele küsimusele kaasaegses meditsiinis. Selline ülevaateartikkel, tuginedes kodumaise ja maailmakirjanduse kriitilisele analüüsile, annaks antud probleemide täieliku orientatsiooni ja aitaks sellega kogu meie vabariigi tervishoiutöötajate perel olla pidevalt kursis arstiteaduse saavutustega.

Selleks, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» ulatuslikult kajastaks meie vabariigi meditsiinilist elu ja tegevust, on soovitatav tunduvalt laiendada kroonika rubriiki ja siin esitada asjalikku informatsiooni kõikidest sündmustest meie vabariigi tervishoiu alal. Kas selle rubriigi raamides või eraldi on vaja laialdasemalt valgustada Tervishoiu Ministeeriumi orga-

nisatsioonilisi samme ning tähtsamaid otsuseid, arstiseltside tegevust ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna tööd.

Toimetusel tuleks läbi kaaluda ja rakendada ühtne kord konverentside ülevaadete esitamise suhtes. Põhinõudeks peab olema, et vabariiklik ajakiri peaks põhiliselt kajastama vabariigi arstiteaduse sündmusi. Sellest lähtudes võiksid näiteks üleliiduliste või vabariikidevaheliste konverentside referaadid piirduda põhiprobleemide loeteluga, kusjuures lähemalt leiaks käsitlemist meie vabariigi teadlaste osa käsitledava konverentsi töös. Vabariiklikkudest konverentsidest tuleks anda täpne ülevaade (koos ettekannete ja nende autorite loeteluga), kuid ilma kõiki ettekandeid ümber jutustamata. Kohalike konverentside (linna, rajooni jt.) kohta piisaks ainult lühiteatest ja mõne tähtsama ettekande mainimisest.

Toimetuse peaks süstemaatiliselt jätkama ilusat kommet, mida alustati ajakirja esimeses numbris — meie vabariigi tervishoiutöötajate tähtpäevade tähistamist. Ja mitte ainult isikute, vaid ka asutuste tähtpäevad väärisksid kas või lühidat märkimist.

Arvan, et ülalesitatud rakendamine aitaks kaasa ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» taseme tõstmiseks ning tema veelgi suuremaks lähenemiseks kõikidele meie vabariigi tervishoiutöötajatele.

J. S a a r m a, dotsent

Kikkapuude gutapertšist provisoorsete hambaplombide materjali tootmise võimalustest

Dotsent V. Ritslaid

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmakognoosia kateedrist, juhataja professor A. T o m i n g a s)

Hamba provisoorsete plombide materjalina on tavaliselt kasutatud gutapertši ja tsinkoksüüdi segu.

Tartu Riikliku Ülikooli Farmakognoosia kateedris selgitati vastava uurimistööga gutapertši tootmise võimalusi Eesti NSV kikkapuudest. Selgus, et Koiva, Mustjõe ning Peetri jõe kallastel looduslikult ja vabariigi rohketes erikohtades kultiveeritult esineva hariliku kikkapuu *Evonymus europaea* L. juure koor sisaldab keskmiselt 12,1 protsenti gutapertši.

Laboratoorselt katsetati uurimistöös saadud gutapertši abil hamba provisoorsete plombide materjali tootmist. Valmistati kaks segu — gutapertšist ja tsinkoksüüdist (ZnO) ning gutapertšist ja titaandioksüüdist (TiO_2).

Materjali katsetamine Vabariiklikus Tartu Stomatoloogilises Poliklinikus peaarsti G. Veerma juhendamisel on andnud positiivseid tulemusi.

Arvestades asjaolu, et tsinkühendid võivad olla tervisele kahjulikud, osutuks otstarbekohaseks provisoorsete hambaplombide materjali tootmisel arvestada lähteainetena gutapertši ja titaandioksüüdi.

Kõnealuse materjali tootmise projekteerimisel saaks arvestada vajaliku gutapertši tootmise lähteallikaina looduslikku kikkapuu baasi ning ka Elva Raudtee Puukooli ja Eesti Põllumajanduse Akadeemia Järvelja Õppe- ja Katsemajandi kultiveeritud kikkapuude varusid.

Seega on meil võimalus kohaliku tooraine baasil toota hamba provisoorsete plombide materjali.

Fr. R. Faehlmann koolera ja düsenteeria uurijana

(160. sünniaastapäeva puhul)

Meditsiiniteaduste kandidaat E. Tallmeister

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, mikrobioloogia ja dermatoloogia kateedrist, juhataja professor, meditsiiniteaduste doktor, Eesti NSV teeneline teadlane F. Lepp)

Möödunud sajandi algul oli vähe eestlasi, kes tolleaegsetes süngetes pärisorjuslikes tingimustes suutsid omandada kõrgema hariduse. Nende üksikute hulgas on eriline koht Friedrich Robert Faehlmann'il, kelle sünnist möödub käesoleva aasta 31. detsembril 160 aastat.

Faehlmann oli väga mitmekülgne, väljapaistvate teaduslike võimetega teoimene. On ju üldiselt teada tema osa eesti kirjanduse ajaloos, tema mõju Fr. R. Kreutzwaldi maailmavaate kujunemisele ja rahvaeepose «Kalevipoeg» tekkimisel, samuti ka tema teened Õpetatud Eesti Seltsi asutamisel. Samal ajal ei olnud Faehlmann sugugi mitte vähem tuntud meditsiinilisel alal.

Varsti pärast ülikooli lõpetamist 1827. aastal kaitses Faehlmann edukalt oma doktoriväitekirja teemal «*Observationes inflammationem occultiorum*» (Täheldusi varjatud põletikkudest). Omandanud Tartu Ülikoolis arsti kutse ja arstiteaduse doktori kraadi, ei saanud Faehlmann balti sakslasist juhtkonna vastuseisu tõttu ülikoolis oma teaduslikele eeldustele vastavat professori kohta, kuigi tema õpetajad selleks oma soovituse andsid. Õppeülesande täitmise korras oli Faehlmann 1842. aastal Tartu ülikooli eesti keele lektoriks ning aastail 1843—1845 pidas ta loenguid farmakoloogia ja retseptuuri alal. Põhiliseks oli aga Faehlmannil siiski töö arst-praktikuna Tartus ja selle ümbruses. Väga pingeline ja laialdane töö mitmel alal, lisaks sellele kibestumine ülikooli juhtkonna suhtumisest tema kandidatuuri õppejõu kohale, soodustasid Faehlmanni tervise varajast halvenemist ja kokkuvarisemist. Faehlmanni ema ja vennad surid enne teda tuberkuloosi ja ka teda tabas sama haigus. Alates 1849. aastast lamab Faehlmann juba haigena voodis. Alles pärast tema surma, 22. aprillil 1850. a. saabub luba välismaareisiks tervise parandamise eesmärgil, mida Faehlmann oli ammu taotlenud.

Töerohke arstipraktika vältel oli Faehlmannil kokkupuutumisi mitmesuguste nakkushaigustega, mis tol perioodil levisid sageli laialdaste taudidena. Faehlmanni juures võis tähele panna temale omast tendentsi praktilises arstitöös tehtud tähelepanekuid paberile panna, surmaga lõppenud haigusjuhtudel lahanguleide koguda, nakkushaiguste välitõimise sihiga sanitaarhariduslikke artikleid avaldada. Kõik see iseloomustab Faehlmanni kui sügava teadusliku kallakuga ja profülaktilise suunaga eesrindlikku arsti.

Nakkushaiguste ajaloos tuntud kolmas koolerapandeemia levis ka Baltimaadel ja tabas samuti Tartu elanikkonda, mille kohta on olemas Eesti NSV Teaduste Akadeemia Fr. R. Kreutzwaldi nimelise Kirjandusmuuseumi kogudes Faehlmanni enda käega kirjutatud käsikiri «*Cholera in Dorpat 1848*». Selles märgib Faehlmann, et koolera levis algul Tallinnas, hiljem Peterburis ja Pihkvas ning selle järel Tartus. Suure puudu-

sena märgib Faehlmann, et koolera leviku tõkestamiseks Pihkvast Tartu ei võetud tarvitusele kõiki abinõusid. Nii olevat Pihkvast saabuvalt laevalt leitud koolerahaige reisija. Käsikirja lõpus esitab Faehlmann mitu tema poolt jälgitud ja ravitud haigusjuhtumit ja mõned lahanguleiud. Faehlmanni ulatuslikum meditsiinialane uurimus käsitleb aga düsenteeriat, mis korduvalt põhjustas Tartu elanike hulgas suuremaid või vähemaid epideemiaid. Tartus 1848. aastal Karowi kirjastusel ilmunud 146-leheküljelises monograafias pealkirjaga «*Die Ruhrepidemie in Dorpat im Herbst 1846*», annab autor põhjaliku ülevaate linna elanikkonda tabanud järjekordsest düsenteeriataudist. Uurimisalune epideemia oli Tartus mitme aasta kestel üks raskemaid. Faehlmanni andmete järgi haigestus siis düsenteeriasse enam kui 2000 inimest, kellest ligi 200 suri. Arvestades tolleaegset elanike arvu Tartus (14 000) haigestus iga seitsmes inimene ja haigestunuist suri iga 10-s. Faehlmann ravis üldse 355 düsenteeriahaiget, kellest suri 31 haiget. Autor on põhjalikult jälginud epideemia kulgu ning kogunud andmeid selle intensiivsuse ja ekstensiivsuse kohta. Teoses märgitakse, et 1846. aasta juulikuust peale algasid otse troopiliselt kuumad ilmad, mis soodustasid haiguse levikut. Tekkinud taudi kulgemises eristab Faehlmann kolme perioodi, milledest esimesel ja viimasel perioodil esines suhteliselt palju kergeid juhtumeid. Taudi kõrgpunkt langes aga keskmisele perioodile ühes kõrge suremusega. Surmaga lõppenud juhtudest esitab autor põhjalikult läbitöötatud lahanguleiude. Faehlmann märgib, et letaalne lõpe düsenteeria puhul ei sõltu mitte üksi põletikuprotsessi intensiivsusest jämesooles, vaid peamiselt organismi vedelikukaotusest ja organismi reparatsiooniprotsesside sookumisest. Vähe allpool (lk. 101) määratleb Faehlmann düsenteeriat kui spetsiifiliste tegurite poolt väljakutsutud üldist haigust, mis eriliselt lokaliseerub jämesooles.

Teose kõige pikem peatükk on pühendatud düsenteeria etioloogia küsimusele. Esimeste haigusjuhtude tekkepõhjuseks kahtlustab Faehlmann, vastavalt tolleaegsele seisukohale, väljaspool organismi, õhus, maapinnas ja mujal leiduvat spetsiifilist miasmi, s. o. tõvestavat tegurit, mis tungib inimese organismi väga mitmesugusel teel, peamiselt aga hingamisteede kaudu. Kui aga juba esineb düsenteeriahaigeid, siis etendab osa *contagium* ehk tervete nakatumine haigetest. Faehlmann on teadlik, et miasmid ning *contagium*'i põhjusena on kahtlustatud ka juba «infusoor», mikroskoopilisi elusoleseid, milliseid leidub hulgaliselt nii organismide eritistes kui ka väliskeskkonnas. Tollal ei olnud aga veel ilmunud Louis Pasteur'i pöörettekitavad tööd, mis suunasid teadusemaailma tähelepanu mikroorganismide spetsiifiliste bioloogiliste omaduste ja toime küsimusele. Mikroorganismide ainult morfoloogiline uurimine, nagu see toimus Faehlmanni töö perioodil, ei suutnud midagi veenvat pakkuda selle Linné «*Chaos infusorium'i*» etioloogilise osa tõestamiseks nakkushaiguste geneesis. Seetõttu kahtleb ka Faehlmann parasitismi õpetuses (lk. 68) märkides, et selgust düsenteeria etioloogia küsimuses toob keemia edaspidine areng. Düsenteeria teket ja levikut soodustavate teguritena toob aga Faehlmann esile mitmesuguseid meteoroloogilisi, eriti aga sotsiaalmajanduslikke tegureid, rõhutades asjaolu, et vaesemad rahvaklassid oma viletsate elutingimuste tõttu on palju enam disponeeritud haigestumisele düsenteeriasse kui jõukam elanikkond.

Düsenteeria ravi kohta märgib Faehlmann, et selles on peamise tähtsusega soolekanalis esinevate haigusttekitavate ainete ettevaatlik eemaldamine ja soolelimanaha ärrituse vähendamine. Peale selliste ravimenetluste, nagu voodirahu, dieet, küllaldaselt hulgal soojade jookide andmine, soovib Faehlmann mitmeid ravimeid ja raviprotseduure, nagu riitsinusõli või rabarbritinktuuri soolekanali puhastamiseks, aadrilaskmist, kuppudepanekut ja muud. Ta hoiatab oopiumi liigse ordineerimise eest, mis enamasti ei kergenda haige seisundit düsenteeria puhul, vaid pigemini halvendab seda.

Faehlmann leiab, et düsenteeria põdemine annab organismile teatud immuunsuse korduva haigestumise vastu, sest tema haigete hulgas oli vaid kaks inimest, kes varem olid põdenud düsenteeriat.

Faehlmanni uurimus düsenteeria alal leidis tunnustust mitmete tolle-aegsete teaduslike ajakirjade poolt, nagu «*Caspars Wochenschrift*» 1849. a. nr. 87, «*Göschens Jahrbücher der in- und ausländischen gesamten Medizin*» 1849. a. nr. 1. Viimases öeldakse, et «töö kuulub hinnatavamate monograafiate hulka, mida võib leida selle meditsiini eriküsimuse kohta».

Seoses Tartu Ülikooli teraapia ja kliiniku õppetooli vakantsiga esitas akadeemik professor Bunge 14. mail 1849. a. Faehlmanni kandidatuuri selle õppetooli professori kohale. Ülikooli arstiteaduskonna juhtkond andis aga 11-leheküljelises kirjas professor Bidder'i allkirjaga eitava otsuse Faehlmanni kandidatuurile.

Võib arvata, et Faehlmanni kandidatuuri ja töö kohta antud eitava otsuse peamiseks põhjuseks oli tema tegevus eesti keele lektorina 1842. aastal, kus ta loengus eesti keele ajaloost andis hinnangu Eestimaa vallutajate tegevuse kohta, samuti Faehlmanni tegevus Õpetatud Eesti Seltsis ning ka konflikt vaidluses parun Nolcken'iga.

Hoolimata mõnedest puudustest võib aga Faehlmanni teost «*Die Ruhrepidemie in Dorpat*» lugeda huvitavaks ja oma aja kohta tähelepanuväärivaks uurimuseks. Üle 100 aasta on möödunud Faehlmanni töö ilmunisest düsenteeria alal, kuid mõnedki selles avaldatud tõekspidamis- sed püsivad aktuaalsetena veel tänapäevalgi. Võib õigustatult konstateerida, et dr. Fr. R. Faehlmann on oma muu ulatusliku tegevuse kõrval andnud hinnatava panuse meie kodumaa meditsiini ajalukku.

Фр. Р. Фельманн как исследователь холеры и дизентерии (К 160-летию со дня рождения)

Э. Таллмейстер

Резюме

В статье освещается деятельность одного из первых эстонских врачей, фольклориста и языковеда Фридриха Роберта Фельманна как исследователя холеры и дизентерии, изучавшего эти заболевания в прошлом столетии в Тарту. Опубликованная работа Фр. Р. Фельманна по вопросу о дизентерии получила высокую оценку в научной литературе того времени. Некоторые положения и наблюдения, приведенные в его трудах, являются актуальными и в настоящее время.

Фр. Р. Фельманн наряду со своей литературной и просветительной деятельностью внес ценный вклад также и в историю отечественной медицины.

ANGIINIST

R. Määrsepp

(Tallinna III Haiglast, peaarst V. Davidovitš)

Angiiniprobleemile hakati tõsisemat tähelepanu pöörama alles 20. sajandi algul, operatiivse ravi kasutuselevõtmisega. Seoses sellega uuriti ka mandlite embrüoloogiat, anatoomiat, patoloogiat ja füsioloogiat. Pärast eksperimentaalseid uurimusi tekkis mitu hüpoteesi. Kliinilised tähelepanekud ja laboratoorsed uurimused näitasid, et angiin on organismi üldine äge nakkus ning võib olla ühenduses teiste elundite haigestumisega ja metatonsillaarsete haiguste põhjustajaks. Juba 1930. aastal rahvusvahelisel kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kongressil Pariisis asuti seisukohale, et mandlid võivad olla infektsiooni väravaks ja primaarseks koldeks sekundaarseile infektsioonidele.

Kodumaise statistika (V. K. Trutnev) järgi on angiin kõrva-, nina-, kurguhaigustest esimesel kohal, sest 60 protsenti haigetest, kes pöörduvad polikliinikutes kõrva-, nina- ja kurguhaiguste arstide poole, kannatavad angiinide all. Kliinilised haigusjuhud näitavad tihti, et isikud haigete mandlitega, limaskestast punetusega suulaekaartes, peitekäikude kordide ja mädaga ei ole kunagi angiini põdenud. Teisest küljest aga kannatavad sageli angiinide all isikud, kellele mandlites pole mingeid patoloogilisi nähte.

Nende kogemuste põhjal võime järeldada, et muutused mandlite koes ei etenda alati otsustavat osa angiini tekkimisel ja arenemisel, vaid otsese tekitaja reflektorne mõju on suunatud mandlites asetsevaile ärrituse vastuvõtjatele (retseptoritele), millede olemasolu mandlites on kindlaks tehtud nõukogude teadlaste uurimuste põhjal.

Esimesel eluaastal suureneb lastel mandlite lümfaatilise kude, tõustes 10—20 folliikulini. Hiljem suureneb folliikulite arv 35—40-ni kummaski mandlis. 40. eluaastast alates taandarenevad folliikulid ning retseptorid kaovad. Üle 60. aasta vanustel esineb angiini kuni üks protsent angiini põdejate üldarvust, sest mandlite retseptorid on kadumas.

Retseptorite tundlikkus näib meestel ja naistel erinevat. Nagu statistika näitab, haigestuvad naised angiini sagedamini kui mehed ja tütarlapsed sagedamini kui poeglapsed. Arvesse võttes, et angiini põevad peamiselt nooremad inimesed (75 protsenti angiinijuhtumitest esineb kuni 30-aastastel inimestel) ning et angiinile võivad järgneda mandlitaguse koe põletik, krooniline mandlite põletik, kõrvahaigused, reuma ja siseelundite haigestumised, siis selgub selle haiguse sotsiaalne tähtsus.

Kaasajal loetakse angiini organismi üldiseks ägedaks infektsiooniks, kus haigusnähud lokaliseeruvad kurgumandlitel ja kurgulimaskestal. Eristatakse primaarset ja retsidiveeruvat angiini. Primaarne angiin areneb mikroobide sattumisel mandlitele. Retsidiveeruv angiin on kroonilise mandlipõletiku ägenemine juba mandli krüptides esinevast mikrofloorast. Kliinilise pildi järgi nimetatakse angiine katarraalseteks (*angina catarrhalis*), follikulaarseteks (*angina follicularis*) ja lakunaarseteks (*angina lacunaris*). Katarraalse angiini puhul on mandlid ainult tursunud ja punased. Raskemal juhul eritub mandlitest veresoonte laienemise tagajärjel eksksudaati, mis jääb hallikas-kollakas-valgete laikudena püsima mandlite pinnale. Kui eksksudaat eritub folliikulitele, nimetatakse seda

follikulaarseks angiiniks, eritub see aga peitekäikudele (laguunidele), siis nimetatakse seda lakunaarseks angiiniks. Kindlat piiri kahe viimase kliinilise pildi vahel ei saa alati tõmmata, ka ei oma see suurt praktilist tähtsust, sest ravi on analoogiline.

Angiini tekitajate küsimuses lähevad autorite arvamused lahku. Võime öelda, et angiin on mandlitel teravalt esinevate nähtudega organismi üldine nakkus, mille põhjustajaks on mädatekitavad mikroobid. Tähtsam neist on hemolüütiline streptokokk, mis intensiivselt produtseerib hüaluronidaasi, nn. läbimisfaktorit, mis teeb mikroobi eriti aktiivseks ründajaks. Professor V. K. Trutnevi järgi esineb oma virulentsuse poolest kaht liiki angiine: esimene liik on iseloomult infektsioosne-kontagioosne, teine sesoonne ja mittekontagioosne. Esimese liigi tekitajaks loetakse hemolüütilist streptokokki, teise liigi tekitajaks peetakse vähem virulentseid pisikuid. Mitmesugused mikroobid võivad mandlitel pikeamat aega püsida haigusnähte esile kutsumata, kuni püsib kesknärvisüsteemi normaalne talitus. Muutused selles kutsuvad esile pisikute suurema eluavalduse mandlitel ja sellega ka angiini.

Angiini teket võivad soodustada mitmesugused välismõjud, nagu jäätise ja külmade jookide tarvitamine. Ka üksikute kehaosade (jäsemete) külmetamine võib angiini esile kutsuda. Eksperimentaalselt on kindlaks tehtud, et jäsemete temperatuuri kunstlik alandamine põhjustab temperatuuri languse mandlite pinnal ja sees $1-2^{\circ}$ võrra, selline reflektorne mõju ei põhjusta mitte üksnes veresoonte kontraktsiooni, vaid tekitab suuremaid biokeemilisi ja koestruktuuri muutusi mandlis, mis kahjustab normaalset kaitsefunktsiooni. Tähtsust omavad ka ilmastiku mõjud (õhuperatuuri, õhurõhu ja õhuniiskuse järsk muutus), mis võivad nõrgendada mandlite kaitsemehhanismi ja sellega soodustada angiini tekkimist.

Et angiin on organismi üldhaigus, sellest räägivad ka üldised haigusnähud, nagu kõrge temperatuur, vahel vappkülm, pea-, selja-, ristluu-, lihaste- ja liigestevalud, häiritud uni, isutus, üldine roidumus, nõrkus, valud neelamisel, muutused uriinis ja veres. Haigetel mandlitaguse koe põletikuga (peritonsilliidiga), võib täheldada häireid valkainete vahetuses. Kui pisikud on tunginud läbi mandlikapsli mandlitagusesse ruumi, leidub uriinis valgu laguprodukte, samuti võib täheldada muutusi kaltsiumi ja naatriumi ainevahetuses, C-vitamiini vähenemist veres jne. Tavaliselt paraneb angiin 4—5 päeva jooksul. Mõnikord võib angiin esile kutsuda raskeid tüsistusi, nagu reumat, neeru- ja südamehaigusi, ja harva ka veremürgitust (sepsist). Sagedasem tüsistus on mandlitaguse koe põletik ja mädanik.

Mandlite kroonilise põletiku diagnoosimine teeb vahel ka kogenud kõrva-nina-kurguarstile raskusi, sest vanemas eas esinevad mandlites füsioloogilised taandarengunähud, nii mandlite makroskoopilises kui ka mikroskoopilises pildis. Olulisteks tunnusteks loetakse siiski mädest sekreeti krüptides, mandlikorke, mandlite ja neelukaarte punetust, alumise lõualuu aluste mahlasõlmede valulikkust ja sagedasi angiine.

Angiin võib tervele inimesele üle kanduda kontakt- ja piisknakkuse teel (köhimisel, aevastamisel jne.). Angiini infektsiooset iseloomu näitavad vahel puhangulised haigestumised angiini, mida seletatakse infitseeritud toiduainete, eelkõige piimasaaduste tarvitamisega.

Angiini vältimiseks on soovitatav keha karastamine, võimlemine ja teised spordialad. Tuleb hoolitseda, et hingataks läbi nina. Samuti tuleb hoida puhtust suuõõnes ja haigeid hambaid ravida. Talvel ja kevadel soovitatakse kasutada polüvitamiine ning kaltsiumkloriidi kui desensibiliseerivat ainet.

Angiinide medikamentoosseks raviks tuleb määrata ravimeid, mida saab kasutada kodustes tingimustes ilma kõrvalise abita: 1) Angiinihaigetele määrata sulfaniilamiidpreparaate ja rasketel juhtudel kasutada

antibiootikumravi, rangelt arvestades antibiootikumide allergeenset omadust, resistentse mikrofloora, kandidoosi jne. tekkimise võimalust. 2) Määrata rahusteid ja C-vitamiini. 3) Lümfisõlmede suurenemisel kasutada valulikkuse vähendamiseks soojendavaid kompresses. 4) Organismi reaktiivsuse suurendamiseks manustada vismutsoolasisid (*bijochinol'i*). 5) Flegmanoossete angiinide algul määrata antibiootikumravi ning mäda tekkimisel avada abstsess. Raskekujuliste peritonsilaarabstsesside, eriti mõlemapoolsete puhul, kuulub haige hospitaliseerimisele. Haigusprotsessi lühendamiseks ja tüsistuste vältimiseks rakendada tingimata voodirežiimi, määrata kerge dieet ja valvata soolkonna regulaarse funktsiooni järele. Hoiduda kurgumandlite määrimisest ja kuristamisest, mis võib kahjustada limaskesta ning süvendada põletikunähte. Kroonilise tonsilliidi ravimise küsimustes lähevad teadlaste arvamused lahku. Mõned pooldavad konservatiivset ravi, teised jälle operatiivset. Konservatiivse ravi pooldajad lähtuvad kaitseteooriast, seega mandlite funktsiooni säilitamise vajalikkusest, soovitades mandlite krüptide loputamist antibiootikumide ja teiste ravimitega, medikamentide süstimist mandlitesse kui ka mandlite ümbrusesse, kiiritamist ultraviolettkiirtega ning röntgenravi. Kirurgiliste ravivõtete hulka kuulub lakunotoomia, galvanokaustika, tonsillotoomia ja tonsillektoomia.

Kõigi nende ravivõtetele on saadud häid tulemusi, eriti aga tonsillektoomia, s. o. põletikukolde täieliku eemaldamisega. See on oluline eriti reumaatiliste haigestumiste puhul. Andmed (E. Siirde) näitavad, et paremaid ravitulemusi on saadud juhtudel, kui tegemist on lühemat aega kestnud haigestumisega. Sama toonitavad ka Undrits ja Preobraženski. Tartus on jälgitud ka ravitulemusi seoses elueaga. Need näitavad, et tervistunute arv nooremas eas on suurem, väheneb ea tõusuga ja kõrgemas eas tervistumist pole saadud, vaid on tähele pandud halvenemise tendentsi. Nii ei ole tonsillektoomia vanemas eas soovitav.

Angiinide vastu võitlemise küsimuse lahendamist on takistanud paljude spetsialistide arvamus, et see probleem on mandlite operatsiooniga lahendatud, lugedes mandlite kõrvaldamist kõige efektiivsemaks meetodiks mandlite ägedate ja krooniliste põletikkude ravimisel. Ühtlasi vaadati angiinile kui paiksele haigusele, mis esineb ainult mandlil.

Uuemad uurimused on need seisukohad kummutanud ja selgitanud palju angiinisse puutuvaid küsimusi. Nii jääb meil vaid oodata angiini-probleemi lõplikku lahendamist.

АНГИНА

Р. Мюсепп

Резюме

На проблему заболеваемости ангиной стали обращать внимание только в начале XX века.

По статистике (В. К. Трутнев) случай заболевания ангиной у нас находится на первом месте среди болезней уха-горла, носа.

Возникновению ангины могут способствовать различные внешние факторы, как простуда, холодные напитки, мороженое и т. д., а также и охлаждение некоторых частей тела (конечностей). Ангина является общим заболеванием организма.

В целях предупреждения ангины необходимо закаливаться, заниматься физкультурой и спортом. Очень важно заботиться о чистоте полости рта и своевременном лечении зубов.

В домашних условиях можно для лечения заболевших ангиной назначать сульфаминовые препараты, а в более тяжелых случаях — также антибиотики, строго учитывая аллергенные способности последних (устойчивость микрофлоры, кандидамикоз и т. д.). Полезны также витамин С и горячие примочки. В случае тяжелых перетонзиллярных абсцессов необходимо больных госпитализировать.

К консервативным методам лечения относятся полоскание миндалин антибиотиками и другими лекарственными препаратами, ультрафиолетовое облучение и рентгенотерапия. Хирургическими методами лечения являются лакунотомия, гальванокаустика, тонзиллотомия и тонзиллэктомия.

SILMAPRÜGIDEST

A. Taumi

(Tallinna II Haiglast, peaarst A. Joakimov)

Oftalmoloogidel tuleb iga päev abistada kodanikke, kellele on prügi silma sattunud.

Need silmavigastused kuuluvad tavaliselt kergele liiki. Oskusliku ja õigeaegse abi andmisel paranevad patsiendid kiiresti ja nende töövõime taastub tavaliselt sajabrotsendiliselt. Vaatamata sellele peame suhtuma prügivigastustesse vägagi tõsiselt. Prügi silmasattumisele järgneb silma vesitsemine, hõõrumis- ja valutunne ning mõnel eriti tundlikul patsiendil sulgub kramplikult mitte ainult vigastatud, vaid ka terve silm. Patsient võib muutuda täiesti abituks. Tavaliselt on inimesed sellise vigastuse puhul närvilised, kardavad kaotada silmanägemist ja nõuavad kiiret abistamist.

Esimest ja kõige kättesaadavamat abi töö juures või ka tänaval saadud vigastuste puhul peaks antama tööstuste ja asutuste juures asuvates tervishoiupunktides.

Tervishoiupunktide kontrollimine aga näitas, et kahjuks mitte igal pool ei ole võimalik säärast abi anda. Sageli puudub nõutav inventar — laualamp, luup, prüginoelad, medikamendid jm. Samuti pole käepärast ka spetsialisti. Eriti kardetakse abistada juhtudel, kui prügi asub sarvkestas. Piirduetakse sellega, et vigastatud silm kaetakse sidemega ja suunatakse patsient kvalifitseeritud spetsialisti juurde polikliinikusse.

Tänaval saadud prügidest asuvad ligi pooled ülemise lau siseküljel, ülejäänud paiknevad sarvkestal. Tööstuslikest prügidest aga peatub enamik sarvkestal, näiteks smürgelprügidest kuni 97%.

Prügi otsimist tuleb alati alustada sarvkestalt. Otsimiseks on vaja laualampi 75—100 W (eelistatav on kurekaelaga) ja vähemalt üks luup laualambi valgusvihi koondamiseks sarvkesta pinnale. Hea on, kui vaatlemisel kasutatakse veel teistki luupi. Kui sarvkestal prügi ei leidu, niisutame steriilse vatitükikese boorhappe või füsioloogilise lahusega, võtame klaaspulgakese (hädakorral tuletiku) ja asetame selle lau keskele paralleelselt ripsmete reale haarates ripsmete juurte lähedalt (tingimata hästi juurte lähedalt) kinni. Käsime patsiendil mõlema silmaga allapoole vaadata. Kerge tõmbega eemaldame lau silmamuna pinnalt ja pöörame selle pahupidi. Lau serva lähedasest rennikesest eemaldame prügi niiske vati abil. Selliseks operatsiooniks pole vaja silma tuimastada — seda võime teha ärritustunde leevendamiseks alles pärast prügi kõrvaldamist.

Prügi leidmiseks kumeralt sarvkestalt tuleb vaadata mitmes suunas. Sel juhul on tingimata vaja enne prügi kõrvaldamist silma ülitundlikku sarvkesta 1—2 korda tuimendada üheprotsendilise novokaiini- või pooleprotsendilise dikaiinilahusega. Vajalik tuimendusarte saabub $\frac{1}{2}$ —1 minuti jooksul pärast ühe nimetatud lahuse silma tilgutamist. Nüüd võtame tavalise silmasondi, mässime selle terava otsa ümber väga tihedasti ainult mõne kiu steriilset vatti, seda tuimendava vedelikuga niisutades. Sondile vikeldatud vatikiud ei tohi sondiotsa teha pehmelt vetruvaks, vaid peab selle muutma karedaks. Mitmesuunaliste üsna jõuliste väikeste kaarekuju- lise tõmmetega õnnestub 50 protsendil juhtudest sarvkestast prügi jäljetult kõrvaldada. Mõnikord jääb aga siiski osa prügist või selle roostesõõr sarvkesta pinnasesse. See tuleb tingimata oftalmoloogi juures nõela abil kõrvaldada. Nii on võimalik kõrvaldada tervishoiupunktides kõik laualused prügid ja vähemalt pooled sarvkesta prügidest.

Prügi otsimisel võib esineda ka raskusi. Nii näiteks ei leita prügi sarvkestast, samuti ka lau alt, vaatamata korduvatele otsimistele. Patsient

aga väidab, et tal hõõrumistunne silmas püsib. Sel puhul jäävad järgmised võimalused: 1. prügi on nii väike, et meie seda ka hoolsa otsimisega ei märka; 2. prügi on märkamatuks eemaldunud kas pisaratevooluga, lau überpööramise või mõnel teisel viisil, kuid silmas viibimise ajal hõõrus ta sarvkesta pinda seda vigastades, mis tekitab tunde, nagu oleks prügi silmas. Prügi leidmiseks ja ka sarvkesta marrastuse ulatuse kindlakstelemiseks võib soovitada järgmist värvimis- ja desinfitseerimismeetodit: võetakse klaaskepike või silmasond, keeratakse selle otsa ümber kohev vatitükike ja kastetakse $\frac{1}{2}$ —1% *pyoctaninum coeruleum*'i (*Methylviolet*) vesilahusesse, millel on desinfitseeriv toime. Sellesse lilla värvusega vedelikku kastetud pintslikesega puudutatakse 2—3 kohas sarvkesta ülemist serva, kusjuures patsient tuleb panna istuma. Vedelik valgub ühtlaselt üle sarvkesta, kuid sealjuures peab laud 10—15 sekundi jooksul lahti hoidma, et tekkiv pisar värvi enneaegselt ära ei uhuks. Laugude vabastamise järel pühitakse ära liigne värv. Sarvkesta pinna vigastatud osad värvuvad kohe lillaks ja lilla täpikesena märkame kohe senileidmatut prügi isegi siis, kui see oli valge (näit. tuhakübemeke) ja asus skleera konjunktiiivil. Vilumata töötajad peavad algul kõiki lahtisi limatükikesi ja isegi kiukesi võõrkehadeks, kuid viimaseid on kerge eristada laugude sõrmedega sulgemisel ja nende paigalt nihutamisel. Värvimismenetlust võime korrata ka järgmisel päeval ja veel hiljemgi. Sellega saame täpselt ja kiiresti kindlaks määrata, millal sarvkesta vigastatud pind lõplikult epitelizeerus. Sellest sõltub töötaja töölemääramise aeg. Silm võib ka veel pärast sarvkesta lõplikku paranemist kergelt punetada, mis aga ei takista töötamist.

Tuleb viidata veel järgmisele nähule.

Viirusgripi leviku perioodil esineb mõnikord tunne, nagu oleks prügi silma sattunud. Patsiendi kindlale väitele vaatamata, et talle sattus silma prügi, ei leia me põhjalikul otsimisel silmast mingit võõrkeha. Ka puudub prügivigastustele sageli omane silma vesitsemine ja punetus. Anamnestiliselt aga selgub, et nädal, mõnikord ka rohkem tagasi oli patsiendil kerge köha ja nohu, kusjuures nina ja suu piirkond ohatusid. Ka selgub, et ligi pooltel juhtudest nina, kurk ja suu kuivavad, esineb valu otsmikupiirkonnas ja vastaval näopoolel isegi kõrvasüljenäärme ning ülemise või alumise silmalau kerge turse. Rakendades ka sel juhul *pyoctaninum*'i lahust, leiame mõnikord, et mõni sektor sarvkesta pinnast värvub tolmljalt, kuid sellisel värvumisel pole mingisugust sarnasust prügi poolt vigastatud kohaga, kus vigastuse tsentrum värvub tavaliselt intensiivselt, perifeerne osa aga nõrgemalt. Prügi ei ole võimalik leida, sest meil on tegemist algava viirusgripiga, mis tekitab tunde, nagu oleks prügi silmas.

Manustatav värvaine ei kahjusta nägemist, kuid paar tundi pärast *pyoctaninum*'i tarvitamist võib tekkida ebamugav valutunne ja silma vesitsemine. Sel puhul tuleb iga poole tunni järel silma tilgutada novokaiini või dikaiini lahust. Samuti toovad kergendust jahedad kompressid keedetud veega. Soovitav on gripi puhul hoiduda *pyoctaninum*'iga värvimise kordamisest.

О СОРИНКАХ ГЛАЗА

А. Тауми

Резюме

Офтальмологам почти ежедневно приходится удалять соринки, попавшие в глаза при работе на производстве, в быту или на улице. Такие повреждения, хотя и легкие, все же вызывают временную утрату трудоспособности, ввиду чего медицинским работникам следует безотлагательно заняться вопросом снижения случаев травматизма глаз

При уличной травме глаз соринки почти одинаково часто поражают как конъюнктиву, так и роговицу. На производстве случаи поражения роговицы значительно чаще, а у наждачников они достигают 97%.

Необходимо добиться, чтобы квалифицированная помощь в случаях засорения глаз была бы расширена и возложена не только на соответствующие здравпункты, но и на все учреждения, которые призваны оказывать медицинскую помощь гражданам.

Считаясь с тем, что малоопытным медицинским работникам более приемлем тупой метод удаления соринки с роговицы, по сравнению с острым, нами выработан следующий метод.

На конец глазного зонда туго наматывают весьма тонкий слой стерильной ваты и после анестезии роговицы несколькими короткими вертикально-тугообразными сжимающими движениями стараются снять соринку, что, по нашему опыту, дает в подавляющем количестве случаев полный успех.

Бывают случаи, когда, несмотря на применение одной лупы для направления осветительной лампы, а другой — для увеличения исследуемой поверхности глаза, соринку все же не удастся обнаружить.

В таких затруднительных случаях рекомендуется пользоваться 1/2% водным раствором фиолетового пиоктанина. Посредством ватной кисточки, сочно смоченной краской, в 2—3 местах касаются верхнего края роговицы. Краска, стекая вниз, при сидячем положении пациента, окрашивает роговицу целиком. Таким образом окрашиваются не только дефекты эпителия, но и инородные тельца. Только в случаях вирусного гриппа, начало которого в глазу иногда точно напоминает инородное тельце, предлагаемый метод окрашивания может вызвать у больного чувство раздражения. Однако и в таких случаях не наблюдались осложнения или какие-либо стойкие последствия. Случаи раздражения легко купируются каплями новокаина, дикаина или компрессами.

Окрашивание роговицы пиоктанином уточняет диагностику поверхностных дефектов ее, выявляет даже малейшие инородные тельца, которые иногда без окрашивания все же остаются незамеченными, и хорошо дезинфицирует пораженную поверхность.

MÕNINGAID KÜSIMUSI FUNKTSIONAALSE RAVI RAKENDAMISEST KODARLUU TÜÜPILISTE MURDUDE PUHUL

Ravi-kehakultuuri instruktorid meditsiiniõed E. Kurrik ja A. Vaab
(Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist, peaarst F. Markusas)

Ravivõimlemist rakendatakse haige töövõime kiiremaks taastamiseks. Ravivõimlemine seoses üldise kehakultuuriga lähtub kaasaja arstiteaduse peamisest eesmärgist: ravida mitte haigust, vaid haiget inimest tervikuna.

Ravivõimlemise ülesandeks on väljakujunenud defektide korrigeerimine ja organismi funktsioonihäirete kõrvaldamine.

Vaadeldes ravivõimlemise rakendamist ja selle tulemusi nelja viimase aasta (1954—1957) jooksul esinenud kodarлуу tüüpiliste murdude puhul Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri ravikehakultuuri kabineti, võib öelda järgmist: kodarлуу tüüpiliste murdude järelravil viibis 165 inimest, nendest 134 naist ja 31 meest. Kõige rohkem esines kodarлуу tüüpilisi murde 50—60. a. vanustel inimestel. Kodarлуу murrud esinesid enamasti detsembri- ja märtsikuus, moodustades 65% kõigist esinenud juhtude arvust. Võib oletada, et seoses kliimatiliste tingimuste muutumisega sügis-talve perioodil ei pöörata meil veel küllaldast tähelepanu tänavate korrashoiule.

Ägeda trauma puhul suunatakse haige traumatoloogilisse punkti või valvehai glasse. Vigastatud jäsemest tehakse röntgeniülesvõte, fraktuuri korral jäse reponeeritakse ja immobiliseeritakse. Pärast seda, sõltuvalt olukorrast, suunatakse haige koju ja sellega lõpebki kirurgi töö. Umbes kolm nädalat hiljem pöördub haige arsti juurde kipsmähise eemaldamiseks, mil aga sageli ilmneb, et käe randme- ja sõrmeliigesed on piiratud liikuvusega, esinevad vereringe häired, lihaste hüpotoonia, jõu langus ja

vahel ka innervatsioonihäired lühiajaliste pareesidena. Samuti võib muuta käe kuju.

Ravi-kehakultuuri metoodika määratakse röntgenoloogilise ülesvõtte põhjal.

Kodus tehakse arsti soovitusel sooje vanne. Käe piiratud liikuvuse, valude ja sõrmede ning randmepiirkonna turse ja käe üldise nõrkuse puhul määratakse ravivõimlemine. Kui ravivõimlemise protseduur hilineb, ei ole tulemused alati positiivsed. Vaadeldes 1954.—1957. a. Vabariiklikusse Arstlikku Kehakultuuri Dispanserisse ravivõimlemisele suunatud haigeid nähtub, et ravil viibis peale lahase eemaldamist vähem kui 1 kuu möödudes 63 haiget, 1 kuu möödudes 45, kahe kuu möödudes 23 ja 3—4 kuu ja pikema aja möödudes 34 haiget.

Põhinõuded kodarluu murdude puhul on: 1) kohene repositsioon, 2) fragmentide küllaldane ja õige fiksatsioon, 3) ravivõimlemine — sõrmede harjutused esimestest päevadest alates, 4) õigeaegne kipsmähise eemaldamine ja raviharjutused kogu jäsme ulatuses.

Pärast jäsme immobiliseerimist kipsmähise või lahasega tuleb suunata haige ravi-kehakultuuri kabinetti, kus talle antakse juhised sõrmede aktiivsete harjutuste tegemiseks kodus. Kipsmähise eemaldamisel jätkab haige harjutusi ravi-kehakultuuri kabinettis.

Liigeste liikuvuse säilitamiseks on vaja pärast murru immobiliseerimist 3—5 korda päevas teha sõrmede painutus- ja sirutusharjutusi, samuti käe tõstmist õlaliigesest. Harjutustega peab alustama esimesest päevast, et säilitada normaalset käelihaste toonust. Esimestel päevadel, kui on iseseisvalt raske haiget kätt tõsta, võib seda teha terve käe abiga 3—5 korda päevas.

Pärast lahase eemaldamist tuleb jätkata aktiivseid harjutusi. Kui on tehtud õige repositsioon ja nõuetekohane lahas, kuid ei teostata vajalikke harjutusi, võib välja areneda piiratud liikuvus sõrmede-, randme-, isegi küünar- ja õlaliigeses.

Tulemused kodarluu tüüpiliste murdude puhul olenevad: a) vigastuse suuruselt ja iseloomust, b) fragmentide reponeerimise õigsusest, c) kipssidemete õigest asetamisest, d) kompleksteraapia kasutamisest ja ravivõimlemise varajasest määramisest. Kodarluu tüüpiliste murdude puhul, kui eelnev ravi on õige ja kui varakult rakendati ravivõimlemist, taastub jäsme funktsioon umbes 1—1½ kuu möödumisel (keskmiselt pärast 30 protseduuri).

Järeldused

1) Ravi-kehakultuur on tõhusaks menetluseks kompleksteraapias kodarluu tüüpiliste murdude puhul.

2) Jäsme funktsiooni taastumise efektiivsus oleneb funktsionaalse teraapia varajasest määramisest.

3) Sageli hilinevad haiged ravivõimlemise protseduurile ega pööra vajalikku tähelepanu sellele tähtsale ravivahendile.

Rakvere rajooni meditsiiniõdede nõukogu tööst

Meditsiiniõde E. Valter

Rakvere rajooni meditsiiniõdede nõukogu töötab 1952. a. alates. Praegu töötab meditsiiniõdede nõukogu järgmises koosseisus: esimees — meditsiiniõde E. Valter, liikmed: meditsiiniõded L. Lossi, L. Kütt, L. Pärn, V. Rool ja M. Torn. Nõukogu töö metoodiliseks juhendajaks on Rakvere haigla peaarsti asetäitja T. Feimann.

Meditsiiniõdede nõukogu töö toimub peaarsti poolt kinnitatud plaani alusel. Nõukogu tegevuses omab tähtsat kohta konverentside korraldamine keskharidusega meditsiinitöötajatele. Nendel konverentsidel on esinenud arstidest T. Feimann, E. Düüna, E. Välja jt.

Meditsiiniõdede ettekannetest konverentsidel tuleks nimetada L. Lossi sisukat sõnavõttu haigete põetamise alalt. Meditsiiniõde A. Jõe-saar kõneles aga haigete ettevalmistamisest maoreseksiooniks ja nende põetamisest pärast operatsiooni. L. Laasiku ettekande teemaks oli «Mida peab teadma keskharidusega meditsiinitöötaja vereülekandest».

Konverentse on peetud vähemalt kolm korda aastas, neist osavõtt on ette nähtud mitte üksi meditsiiniõdedele, vaid ka velskritele ja see on alati olnud elav. Kahel korral on osavõtjaid olnud ka Tapa ja Väike-Maarja rajoonidest.

Meditsiiniõdede nõukogu algatusel on järjekindlalt toimunud päevased ja öised kontrollkäigud haigla osakondades. Avastatud puudused on vastavatel nõupidamistel läbi arutatud.

Nõukogu poolt on vastu võetud otsus, et pärast haiglast väljakirjutamist haigeid põetanud õed patroneerivad neid kodus veel kuu aja jooksul.

Haigla osakondade suuremate kogemustega meditsiiniõded kontrollivad noorte õdede tööd (protseduuridel, haigete põetamisel, medikamentide andmisel jne.).

Senistest töökogemustest lähtudes võib öelda, et rakendatud töövormid tõstavad Rakvere haigla keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni.

VII RAHVUSVAHELINE MIKROBIOLOOGIDE KONGRESS STOKHOLMIS

VII rahvusvahelisele mikrobioloogide kongressile sõitis teadlasi kõiki-dest meie liiduvabariikidest. Kongressist osavõtnuile võimaldati külastada paljusid Rootsi teaduslikke asutusi, laboratooriume, instituute ja haig-laid. Sel eesmärgil külastati ka Upsalat ja Göteborgi.

Kongress kestis 4. kuni 9. augustini. Meie delegatsioon saabus lennu-kil Stokholmi 3. augustil ja registreerus kongressile veel samal öhtul. Kõigile kongressi delegaatidele anti kätte nimeline mapp, milles leidis kongressi üldprogramm, ettekannete teesid, liikmekaart, rinnamärk, Stok-holmi plaan jne. Ei puudunud ka mentoolkompvekid ja multivitamiinid. Programm ja teesid olid trükitud inglise ja prantsuse keeles. Esineda võis aga inglise, prantsuse ja saksa keeles. Ettekandeid ei tõlgitud.

Kongressi organiseerijaks oli Rahvusvaheline Mikrobioloogide Selts, mille presidendiks on F. MacFarlane Burnet Melbourne'ist. Kongressi aupatrooniks oli Rootsi kuningas.

Kongressi avas minister B. T. Kjellin. Pärast teda esinesid lühikeste sõnavõttudega Rahvusvahelise Mikrobioloogide Seltsi president MacFar-lane Burnet ja kongressi president professor S. Gard. Kongressi töö oli organiseeritud kuues sektsioonis. Paralleelselt sektsioonide tööga toimu-sid regulaarselt rahvusvahelise assamblee ja komitee istungid. Viimased viidi läbi subkomiteedes kindla sisulise spetsiifikaga. Nii toimusid nomen-klatuurikomitee, faagide tüpiseerimise ja viiruste subkomiteede istungid.

Kongress oli väga teoreetiline. Nii käsitleti sektsioonis, mille üldte-maatikaks oli mikroobide füsioloogia ja geneetika, mikroobide virulent-suse, füsioloogia ja permeaabelsuse probleeme, bakterite anatoomiat, kvan-titatiivset õpetust rakkude jagunemisest, mikroobide transformatsiooni, transduktsiooni ja rekombinatsiooni küsimusi.

Ettekande aeg oli väga piiratud (10—20 minutit). Pärast ettekannet esitati sõnavõtjale auditooriumi poolt küsimusi, millede põhjal arenes sageli ulatuslik diskussioon.

Kongressil esines ettekannetega ka mitu Nõukogude teadlast, nagu professorid Smorodintsev, Ždanov ja Timakov. Kõikide nõukogude tead-laste ettekanded võeti auditooriumi poolt vastu aplausiga, kusjuures ette-kandjatele esitati rohkesti küsimusi.

Lisaks loenguile kongressil külastasime Rootsi esinduslikumaid tea-duslikke asutusi ja laboratooriume.

Laboratooriumide sisustus vastas tehnika ja teaduse viimastele nõue-tele. Kõikjal oli äärmiselt palju valgust ja ruumi. Iga üliõpilase töökoht on juba väike laboratoorium. Eriti hea mulje jättis kõikide aparaatide tööd registreeriv elektriline kontrollpult. Termostaadid ja külmkapid ulatusid läbi korruste, mis võimaldab kasutada ühiseid kütteseadmeid. Bakterioloogilistes ja virusoloogilistes laboratooriumides kasutatakse boksides steriilset õhku. Huvitav on märkida, et bakterioloogilises töös kasutatakse plastmassist Petri tasse, mis pärast tarvitamist koos kultuuri-dega hävitatakse, sest nad on niivõrd odavad.

Kokkuvõttes peab ütlema, et kongressist osavõtjad jäid kongressi tulemustega rahule. Lühikese aja jooksul oli võimalus tutvuda saavutus-tega mikrobioloogia alal kogu maailma mastaabis. Kongress võttis ühtlasi vastu otsuse järgmise rahvusvahelise mikrobioloogide kongressi kokku-kutsumiseks 1962. aastal Kanadas.

A. J a n n u s

VII üleliiduline röntgenoloogide ja radioloogide kongress

20. kuni 25. oktoobrini s. a. toimus Saraatovis VII üleliiduline röntgenoloogide ja radioloogide kongress. Sellest võttis osa umbes 600 delegaati ja üle 300 külalise kogu Nõukogude Liidust. Toome lühikese ülevaate kongressi tähtsamatest ettekannetest.

I. Lagunov mainis oma fluorograafiaküsimustele pühendatud ettekandes, et selle meetodiga saab diagnoosida mitte ainult kopsutuberkuloosi, vaid ka mittespetsiifilisi põletikulisi protsesse, keskseinandi- ja kopsukasvajaid, südame ja veresoonte, mao ja sooletrakti ning luustiku patoloogilisi seisundeid. Seoses suurte kaadrite, totaalsete fluorograafide ja tomograafide kasutamisega on fluorograafia tehnilised võimalused tunduvalt laienenud. Referent soovitas organisatsiooniliselt ühendada röntgenijaamade fluorograafiateenistuse röntgenoloogilise, pöörates tähelepanu ülesvõtete töötlemisele ja fluorogrammide läbivaatamisele keskkabinetis.

Professor A. Grinberg oma referaadis «Röntgenoloogilise uurimise võimalused ja perspektiivid kliinikus ja kutsehaiguste profülaktikas» mainis, et kutsehaiguste kaasaegne röntgenidiagnostika on tähtsaim profülaktiline abinõu; mõningaid kutsehaigusi saab diagnoosida ainult röntgenoloogilise meetodiga. Nende hulka kuuluvad: pneumokonioos, berülloos, kahjustused radioaktiivsete ainetega, tugi- ja liikumisaparaadi muutused. Viimasele küsimusele oli pühendatud A. Lembergi ettekanne, kes on uurinud erilaadiliste elukutsetega tööliste luu- ja liigeseaparaadis mitmesuguseid regressiivseid, resorptiivseid ja deformeerivaid muutusi, mis tekkisid luu- ja liigeseaparaadi teatud osade süstemaatilise ülekoormamise ja kroonilise traumeerimise tagajärjel.

Mitu ettekannet (N. Panov, J. Šik, I. Makarov jt.) oli pühendatud lapsee röntgenoloogiale. Mõningaid siseelundite kaasasündinud väärarenguid saab diagnoosida ainult röntgenoloogilise meetodiga. Väärtuslike andmeid saab röntgenoloogilise uurimisega põletikuliste protsesside, nagu pneumoonia, tuberkuloosi, osteomüeliidi jt. puhul. Lapseeas võib samuti kasutada keerukamaid uurimismeetodeid, nagu angiokardiograafiat, südame sondeerimist, tomograafiat (tühikute dignoosimiseks kopsus), bronhograafiat ja röntgenokümograafiat.

Kongressil arutati ka mao- ja kopsuvähi kliinilis-röntgenoloogilise diagnoosimise põhiküsimusi. J. Sokolova ja V. Petrova mainisid oma ettekandes, et röntgenoloogide vead maovähi diagnoosimisel on tingitud puudulikust tähelepanust maolimaskesta reljeefi uurimisel, ülesvõtete äärmiselt vähesest kasutamisest jne. B. Tsõbulski, tema kaasautorid E. Kogan jt. rõhutasid pneumoperitoneumi meetodi tähtsust maovähi diagnoosimisel.

Professor I. Šehter peab vältimatuks kopsuvähi graafilist diagnoosimist. Vähi topograafilis-anatoomiliste iseärasuste ja leviku täpsustamisel omavad suurt tähtsust uued uurimismeetodid, nagu pneumomediastinograafia, ristipidine tomograafia ja angiopulmonograafia.

Kongressil kuulati ja arutati ettekandeid vähihaigete kiiritusravi probleemide alal (professor L. Goldštein), radioaktiivsete isotoopide kasutamise tulemustest ja perspektiividest pahaloomuliste kasvajate ravimisel (professor A. Kozlova) ning röntgenoloogiliste uurimiste ohutuse ja kutsealaste kahjustuste küsimustes (professor S. Reinberg, professor G. Zedgenidze, professor M. Pobedinski).

Kongressi teesid on olemas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus.

S. S a l z m a n n

Teine ülemaailmne akušöör-günekoloogide kongress

22.—27. juunini k. a. toimus Kanadas Montrealis teine ülemaailmne akušöör-günekoloogide kongress. Nõukogude Liidu delegatsiooni liikmena võttis kongressi tööst osa ka allakirjutaja.

Kongressi tegevus toimus septsioonides. Kokku esitati ligi kakssada ettekannet ja demonstreeriti umbes kaheksakümmend värvilist filmi.

Nõukogude teadlaste ettekannetest äratas suurt huvi professor M. A. Petrov-Maslakovi ettekanne rasedate psühhoprofülaktilisest ettevalmistamisest. Sõnavõtjale esitati hulgaliselt küsimusi. Viimaste aastate jooksul on sünnituste psühhoprofülaktiline ettevalmistamine levinud paljudes maades.

Professor P. A. Belošapko rääkis sünnitamistalitluse nõrkuse profülaktikast. Tema ettekande põhiteesid avaldati järgmisel päeval kohalikus ajalehes.

Professor M. S. Aleksandrovi ettekanne käsitles emakakaela vähi operatiivse ja kombineeritud ravi hiliseid resultate. Professor F. A. Sõrovatko käsitles radioaktiivsete isotoopide tähtsust günekoloogias ja sünnitusabis.

Nõukogude teadlaste ettekandeid jälgis tavaliselt suurearvuline auditoorium, mis näitas välismaa suurt huvi meie arstiteaduse saavutuste vastu.

Valdavam osa välismaa arstiteadlaste ettekannetest oli teoreetilise kallakuga. Professor R. Caldeyro-Barcia (Montevideo) rääkis raseda emaka kontraktiivsest tegevusest ja selle mõistest sünnitusabis.

Professor M. L. Barr (Kanada) ettekanne käsitles kromosoomsugustestide rakendamist kliiniliste probleemide lahendamisel. Professor B. M. Patten (USA) kõneles ema ja lootevahelisest vereringest. Professor G. W. Harris (London) valgustas kesknärvisüsteemi ja pituitaarsete näärmesüsteemi suhete küsimusi. Professor M. D. Oberling (Pariis) kirjeldas oma referaadis vähirakkude tsütoloogiat. Professor H. Selye (Montreal) käsitles stressiprobleemi tähtsust günekoloogias.

Kongressi istungite vaheaegadel külastasime näitust, kus mitmesugused firmad eksponeerisid instrumente, aparatuure ja medikamente. Külastajaid tutvustati emakakonstraktsioone registreeriva ja vastsündinute asfiksia puhul hapniku manustamise aparaatide tööga. Laialdaselt on kasutusele võetud vaakumekstraktor, mis on seni kasutusel olnud sünnitustangid välja tõrjunud. Vaakumekstraktorit kasutatakse heade resultaatidega.

Näitusel oli välja pandud suures valikus mitmesuguseid günekoloogias ja sünnitusabis kasutatavaid ravimeid, milledest valdav osa olid patentpreparaadid. Kongressil demonstreeritud filmidest nähtus, et operatiivses günekoloogias on abdominaalsed operatsioonid sageli asendatud vaginaalsete operatsioonidega.

Palju huvitavat ja tähelepanuväärset nägime Kanada haiglates, mis väärilis eeskujuks võtmist ja millest võiks palju õppida.

Montrealis külastasime Royal Victoria haiglat. Selles haiglas võtab operatsiooniblokk enda alla terve korpuse. Operatsioonitoad on varustatud täiuslike aparatuuride ja seadistega, samuti televisiooniaparatuuriga. Haigete operatsiooniks ettevalmistamine, samuti tuimastamine toimub eri ruumis arsti, anestezioloogi poolt. Sünnitusvalude tuimastamiseks kasutatakse analgeetikumidena laialdaselt mittetoksilist lämmastikalahapendit, tsüklopropani, trileeni jm.

Harva kasutatakse operatsioonide puhul eeter-inhalatsioonnarkoosi, peamiselt on kasutamisel aga spinaalne või periduraalne tuimastamine. Pärast operatsiooni viibivad haiged erilistes palatites, mis on varustatud tsentraliseeritud hapnikumanustamise aparatuuriga. Operatsioonil kasutu-

sel olev pesu on rohelist või sinist värvust. Erinevat värvust pesu (helesinine või roosa) on ka laste ja sünnitustubades.

Torontos külastasime äsjavalminud linnahaigla sünnitus- ja günekoloogiblokke. Palatid on väikesed, need on varustatud kondenseeritud õhuga. Kaks kõrvutiasetsevat palatit on ühendatud läbikäidava vannitoaga.

Sünnitusjärgsetes palatites on igal sünnitanul seinakapp üliriiete ja muude isiklike esemete jaoks. Haigla ruumid on radiofitseeritud, mis hõlbustab personalil olla omavahel kontaktis. Haiged saavad kergesti ühenduse meditsiiniõega mikrofoni abil, mis asub iga voodi juures.

Erilist tähtsust haigete eest hoolitsemisel omavad meditsiiniõed, kes on saanud hea ettevalmistuse. Nad täidavad ka haiguslugusid arsti dikteerimise järgi.

Kõigis Kanada linnades on lubatud haigla ruumides viibida kitlita, tavalises riietuses. Operatsioonijärgsel perioodil rakendatakse aktiivselt kehakultuurravi. Teisel päeval lubatakse haigetel tõusta, haiged lahkuvad omal jalal ka operatsioonilaualt kirurgi ja assistendi saatel. Haavaklambriid eemaldatakse kolmandal päeval.

Sünnitusi võtavad haiglates vastu arstid. Sünnituste juures võivad viibida ka mees ja omaksed. Rinnapiima asemel kasutatakse laialdaselt kunstlikke toidusegusid.

Suurt tähelepanu pööratakse kehakultuurile nii raseduse ajal kui ka sünnitusjärgsel perioodil. Erilist tähelepanu osutatakse rasedate vitamini-seerimisele.

Vastsündinud hoitakse lahtiselt, väikestes voodikestes, mähkimata. Voodi on ümbritsetud plastmassist läbipaistva äärisega, mis meenutab teatud määral boksi. Enneaegsed paigutatakse paljalt kuvöösidesse, sageli vahetatakse nende asendit.

Naisarste on Kanada haiglates väga vähe, akušöör-günekoloogi erialale naisarstid tavaliselt ei spetsialiseeru.

Mõeldes arvukatele kohtumistele ja tutvustele mitmesuguste maade arstidega, kelledega paljudest õnnestus luua südamlikke suhteid, loodame et Nõukogude Liidu arstide osavõtt sellest kongressist aitab luua tihedamaid sidemeid mitmesuguste maade arstide vahel.

S. Silling.

Hematoloogia ja Vereülekande Keskinstituudi õpetatud nõukogu 37. laiendatud pleenum

Käesoleva aasta suvel toimus Moskvas Lenini ordenit omava Hematoloogia ning Vereülekande Keskinstituudi Õpetatud Nõukogu 37. laiendatud pleenum.

Pleenumi tööst võtsid osa instituutide ja vabariikide oblastite, kraide ning linnade vereülekandejaamade teaduslikud töötajad, NSV Liidu Töödeministeeriumi vereülekandeadustuste juhtivad töötajad ning rohkearvuliselt Moskva teadlasi.

Pleenumi päevakorras oli kaks põhiprobleemi: «Vere ja vereasendajate siirdniristamisest kirurgiakliinikutes» ja «Kiiritustõbi». Ühtlasi arutati organisatsioonilis-metoodilisi küsimusi.

Esimese probleemi kohta tehtud ettekannetes puudutati kahte põhilist küsimust — vereülekanne hüpotermia ja hibernatsiooni puhul ning vereasendajate kliiniline kasutamine. Vereülekande näidustuseks hüpotermia ja hibernatsiooni tingimustes on verekaotused operatsiooni või trauma tõttu ning vajadus säilitada arteriaalsel rõhku tarvilikul kõrgu-

sel operatsiooni ajal šoki vältimise eesmärgil. Kuna erinevad isoantigeenid cmavad erinevat optimaalset toimetemperatuuri, tuleb katsed vere sobivuse määramiseks teha nii toatemperatuuris, kui ka 40° C juures.

Mitu ettekannet oli pühendatud valk-hüdrolüsaatorite kasutamisele kirurgilises praktikas. Ettekannetes esitati veenvaid andmeid valk-hüdrolüsaatorite suurest efektiivsusest parenteraalse valk-toiteainena mitmesuguste kirurgiliste haiguste, sealhulgas ka kopsutuberkuloosi puhul. Samuti tõsteti esile B₁₂-vitamiini osatähtsust aminonitraatide hüdrolüüsimisel.

Pleenumil esitatud uued originaalsed andmed näitavad hemoteraapia suurt tähtsust mädaste septiliste haiguste ja põletushaavade ravimisel. Märgitakse samuti kloriidplasma tähtsust põletushaavade ravimisel, mis oma ravitõhususelt ületab glükoosplasma.

Praegu on olemas terve hulk valiktoimega vereasendajaid. Neid peab kasutama rangelt diferentseeritud näidustuste järgi kooskõlas Hematoloogia ja Vereülekande Keskinstituudi poolt väljatöötatud skeemiga. Hüdrolüsaate võib kasutada ainult parenteraalse toitaineina, mitte aga šokivastase ravimina.

Teemal «Kiiritustõbi» esitati 31 ettekannet, milledes käsitleti krooniliste kiirituskahjustuste diagnoosimise meetodeid ja soovitati mitmeid meditsiinilisi ning organisatoorseid abinõusid nende vältimiseks. Tuldi järeldusele, et kiiritustõve vältimisel omab suurt tähtsust premorbiidse seisundi varajane diagnoosimine, mis baseerub perifeerse vere morfoloogilise koosseisu ning närvikoe ja naha seisundi hindamisel. Kiiritustõve vältimiseks on vaja tööline ajutiselt töölt vabastada või anda talle lisapuhkust.

On avastatud humoraalsete faktorite tähtis osa vereloome taastamisel pärast kiirituskahjustusi, mis on aluseks uute efektiivsete vahendite otsimisel kiiritustõve ravimiseks. Pleenumist osavõtjad jõudsid järeldusele, et kiirituskahjustuste ravimisel tuleb kasutada kompleksset ravi, milles otsustav osa on verel ning vereasendajatel.

Kiiritustõve esimeses faasis, kus on ülekaalus šoki- ning toksilised nähud, tuleb kasutada šokivastaseid ja desintoksikatsioonivahendeid, esmajärjekorras polüglükiini ja polivinüülpürolidooni. Trombotsütopeenia ja leukopeenia arenedes tuleb pearõhk viia leukotsüütide ning trombotsüütide ülekandmisele. Võitluses kiiritusaneemiaga on kõige efektiivsemateks vahenditeks normaalse vere ja erütrotsüüdimaaside ülekandmine.

Paranemisperioodil tuleb kasutada üldist tugevdavat teraapiat ja hemopoeesi stimulaatoreid.

Seoses aatomienergia rahuotstarbelise kasutamise pideva laiendamisega on vereülekandeteenistuse organid kohustatud laialdasemalt uurima krooniliste kiirituskahjustuste profülaktikat ja teraapiat ning ioniseeruva kiirguse väikeste annuste pikaajalise toime tagajärgi.

Organisatsiooniliste küsimuste arutamisel märkis pleenum, et mõnedes linnades täheldatakse tüsistuste arvu suurenemist infitseeritud vere tõttu, mida põhjustab 1957. a. väljaantud vereülekandevalise instruksiooni rikkumine. Ikka veel esineb transfusioonijärgseid tüsistusi, mis tulevad erineva veregrupiga ning reesusfaktoriga vere ülekandmisest. Need tüsistused on põhjustatud vereülekande halvast organiseerimisest mõnedes raviasutustes ning ravivate arstide teadmiste puudulikkusest sel alal.

Pleenum märkis, et 1958. a. on alustatud steriilsete konserveerivate lahuste regulaarset tööstuslikku tootmist. Esimesed kogemused konserveerivate lahuste tööstuslikul tootmisel on näidanud, et toodetavad lahused on standardsed, kõrgekvaliteedilised ja ei kutsu esile kõrvalreaktsioone. Seoses sellega pidas pleenum vajalikuks organiseerida konserveeritud vere tootmist kaheastmelisel meetodil peamiselt vereülekandejaa-made rajooniosakondades.

Pleenum märkis ka tasuta vereandmise probleemi suurt aktuaalsust ning pidas vajalikuks igati tõhustada tasuta vereandmise agitatsiooni. Ühtlasi soovitati organiseerida mittetasulistelt doonoritelt vere võtmist kohtadel, moodustades selleks väljasõidubrigaade.

H. Ristlaan

Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverentsilt

Käesoleva aasta suvel toimus Tartus Eesti NSV otorinolarüngoloogide teaduslik konverents. Konverentsil esitati kokku 10 ettekannet, milledest enamik pakkus suurt huvi ja tekitas elavat mõttevahetust.

Põhiprobleemiks kujunes imikuea otoantriidi küsimus. Esitati G. Arro, L. Kerese, U. Podari, E. Siirde ja V. Särgava ettekanne «Imikuea otoantriidi probleemist». Ettekandes ja arvukates sõnavõttudes käsitleti imikuea otoantriidi diagnostika ja ravi küsimusi, samuti selle seost sedehyäirete ja toksikoosiga. Rõhutati intensiivse antibakteriaalse ja üldtugevdava ravi vajadust imikuea otoantriidi puhul. Kirurgilist ravi soovitati rakendada siis, kui lapse seisund konservatiivsete võetega ei parane või koguni halveneb. Selgusetu etioloogiaga imikuea sedehyäirete ja toksikoosi aluseks ei saa alati pidada otoantriiti. Antrotoomia on sellistel juhtudel sageli üleaarune. Ka paretsentees pole soovitatav ilma otoloogilise näidustusega. Imikuea otoantriidi diagnoosimisel, haiguse seisundi hindamisel ja ravi määramisel on vaja tihedat koostööd pediaatrite ja otoloogide vahel.

A. Tuchi ettekanne «Larüngoskoopilistest sümptoomidest nefriidihäigedil» käsitles muutusi kõris, mis võivad tekkida neerukahjustuste puhul. Kahtlastel juhtudel on vaja hoolikat vastavasuunalist uurimist, eriti tuleb jälgida uriini.

Ülevaate «Tuberkuloosse trahheobronhiidi esinemisest ja selle ravimisest Tallinna Tuberkuloosihagla andmeil» andis O. Peekna.

R. Uustal käsitles haigestumist angiini Kiviõlis 1957—1958. a. talvel ja selle ravi. Sageli angiini põdevad isikud dispanseeriti, vajaduse korral paigutati töölised neile soodsamatesse tingimustesse. Nende abinõude tagajärjel võis märgata angiini-juhtude vähenemist.

E. Laamanni ja V. Särgava ettekandes «Tümpanoplastikast seoses keskkõrva radikaalse operatsiooniga» soovitatakse radikaalse operatsiooniga koos teostada tümpanoplastikat, s. o. hävinud kuulmekile asendada nahast transplantaadiga. Esitatud operatsioonimeetod on hakanud levima alles viimase 10 aasta jooksul ja omab suurt perspektiivi. Opereerimisel tuleb kasutada optilist süsteemi.

E. Laamanni ettekande teemaks oli «Bakteriaalse resistentsuse tekkimisest seoses antibiootilise raviga».

S. Sibul andis ülevaate «Kroonilise otiidi tuberkuloossest olemusest ja ravist».

V. Liiv, K. Gerassimova ja A. Jents esitasid kasuistlikke juhtumeid kirurgiliselt ravitud kõrstennoosihäiged, neelu kaudu mediastinumis sattuud vöörkehast ja kõrvälistest fibroomist.

Konverentsi tööst võttis osa rohkesti otorinolarüngolooge, pediaatreid ja muude erialade arste.

V. Särgava

Vabariigi peakirurg L. Šostak 60-aastane



Lev Jakobi poeg Šostak sündis 27. oktoobril 1898 a. semstvoarsti pojana Mordva ANSV-s, Ardatovski rajoonis, Medajevo külas. Arstiteadust õppis ta Kaasani ülikooli meditsiinifakulteedis 1916.—1923. a. Õpingute ajal ülikoolis võttis osa kodusõjast sanitaarrongi velskrina. Kirurgi eriala omandas professor V. Leviti juhendamisel. Kaitses kandidaadi väitekirja elekternarkoosi küsimuses 1938. a. Suure Isamaasõja algul organiseeris Moskva lähistel kaitsetööde töötajate kirurgilist teenindamist ja oli juhtivaks kirurgiks Moskva kirurgilistes hospitalides. 1947. a. kaitses doktori väitekirja kopsukirurgia alal. 1948. a. määrati L. Šostak Vitebski Meditsiiniinstituudi fakultatiivse kirurgia kateedri juhatajaks, kus talle omistati professori nimetus.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurgina töötab professor L. Šostak alates 17. veebruarist 1950. a. Juubilar on kirjutanud üle 50 teadusliku töö. Neist on 26 tööd ilmunud trükis. L. Šostak on mitmete originaalsete kirurgiliste operatsioonide ja instrumentide loojaks. Raken-damist on leidnud nn. L. Šostaki kaared lamatiste vältimiseks raskesti haigetel. Märkida tuleb tema teeneid alajäsemete kirurgiliste haiguste (troofilised haavandid, gangreen jt.) patogeneesi selgitamisel. Ta on loonud lihtsa *arteria anonyma* aneurüsmide kirurgilise ravi meetodika. L. Šostakil on teeneid kopsukirurgia alal. Üleliidulise tunnustuse on võitnud tema reieluukaela osteosünteesi meetodika rajoonihaigla tingimustes. Uroloogiaalastest operatsioonidest tuleb nimetada mõnede põielõikuste modifitseerimist jm.

Juubilar võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tegevusest ja vabariigi meditsiinielust. Ta on Eesti NSV Kirurgide Seltsi esimees ja Tallinna seltsi aseesimees. L. Šostak on palju ära teinud meie kirurgide kvalifikatsiooni tõstmisel ja kirurgiaküsimusi käsitlevate konverentside korraldamisel. Ta on autasustatud medaliga «Ennastsalgava töö eest Suure Isamaasõja ajal» ja rinnamärgiga «Eesrindlik tervishoiutöötaja». 60-ndal sünnipäeval avaldati talle tänu Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga.

VALENTIN SAVI

(1. V 1902 — 13. XI 1958)



13. novembril k. a. suri Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna oftalmoloogia kateedri õppejõud ja Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla silmaosakonna juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent Valentin Savi.

V. Savi sündis 1. mail 1902. a. Narvas, kus ta omandas ka keskhariduse. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas V. Savi 1926 aastal. Arstlikku tegevust alustas ta assistendina Tartu Ülikooli Silmakliinikus, hiljem oli tegev arstina Kuressaares ja Tallinnas. Suure Isamaasõja ajal organiseeris ta tagalas Eesti meditsiinilise keskkooli. Elutee tõi ta Tartusse tagasi kogenud ja vilunud arstina — seekord oftalmoloogia kateedri ja silmakliiniku juhatajaks. See oli siis, kui sõda polnud veel lõppenud

ja tööd tuli alustada varemetel. Valentin Savi näitas häid organisatoorseid võimeid õppe- ja teaduslikus töös.

Üle tuhande arstiteaduskonna üliõpilase on saanud oma teadmised silmahaigustest dotsent V. Savilt. Peale nende on ta kasvatanud ligi paarikümmend silmahaiguste eriarsti, kes töötavad meie vabariigi mitmetes kohtades.

Teaduslikus töös jätkas dotsent V. Savi Tartu Ülikooli oftalmoloogide teadusliku uurimistöö traditsiooni — trahhoomi uurimist. Sellelt alalt jättis ta väärrika teadusliku pärandi väitekirja näol. Tunnustust pälvivad ka tema poolt jälgitud erialase traumatismi küsimused.

Me nägime ja kuulsime teda esinemas ettekannetega teaduslikel sessioonidel, konverentsidel ja arstide seltside koosolekutel, mitte ainult meie vabariigis, vaid ka väljaspool seda. Dotsent V. Savi oli Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu liige, Vabariikliku oftalmoloogide teadusliku seltsi esimees ja vabariigi pea-oftalmoloog.

V. Savi surmaga kaotasime silmapaistva eriteadlase, hea tervishoiuala organisatori ja arsti-ühiskonnategelase. V. Savist jääb kolleegidele püsiv mälestus.

MITMESUGUST

— Leningradi Pasteur'i nimelise Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut on välja töötanud meetodika paradiidivastase elusvaktsiini tootmiseks. Vaktsiini kasutamine vähendab haigestumist epideemilisse parotiiti kümnekordselt. Vene NFSV tervishoiu ministri käskkirjas avaldati tänu vaktsiini autoritele NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia korrespondeerivale liikmele professor A. Smorodintseville, instituudi teaduslikele töötajatele N. Kljatškole, E. Šikinale ja L. Maslennikovile.

— NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia N. F. Gamaleja nimelises Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis toimus konverents läkaköha spetsiifilise profülaktika küsimustes. Instituudis toodetud difteeria ja läkaköha vaktsiin on suure efektiivsusega. Vaktsineeritud laste haigestumus oli 7,5 korda väiksem kui vaktsineerimata lastel samades tingimustes.

— Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tootmislaboratoorium (juhataja H. Lõiv) on hakanud valmistama *coli*-enteriidide diagnostilisi seerumeid. Esialgu toodetakse 0₂₆,0₅₅ ja 0₁₁₁ seerumeid, millega võib diagnoosida patogeensete sooltekepikeste kõige sagedamini esinevaid tüvesid. Nende seerumitega varustatakse meie sanitaar-epidemioloogia jaamade ja haiglate bakterioloogialaboratooriume.

— NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalsete Kirurgiliste Aparaatide ja Instrumentide Teadusliku Uurimise Instituudis on valmistatud mitu aparaati põletushaavade ravimiseks. Nii on konstrueeritud elektrodermatoom naha võtmiseks doonorilt ja siirdistutamiseks haigele.

Põletuspiirkonna katmiseks vereplasma, A-vitamiini, trombiini ja antibiootikumidega on valmistatud eriline pulverisaator. Seda seadist võib rakendada juba põletushaavade esmasel töötlemisel.

Aparaate on kliinikutes katsetatud ja nüüd on lubatud nende seeriaviisiline tootmine.

— S. M. Kirovi nimelise Sõjaväe Meditsiini Akadeemia närvihaiguste kliinikus on loodud originaalne aparaat, mis võimaldab haigel lehitseda raamatut käte abita. Aparaat on varustatud elektrimootoriga, mis käivitub nupule vajutamisel mistahes kehaosaga.

— Viimasel ajal on leidnud laialdast kasutamist tetratsükliinirea antibiootikumid (biomütsiin, terramütsiin ja tetratsükliin). Praegu toodetakse neid meil tablettidena peroraalseks manustamiseks. Professor S. Jermolajevi juhendamisel on välja töötatud Arstide Täiendus Keskinstituudi mikrobioloogia kateedris nende ravimite valmistamise meetodika süstimiseks lihastesisesi. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Nõukogu antibiootikumide komitee kiitis heaks tetratsükliinide tootmise lihastesisesi kasutamiseks.

— Moskva Esimese Meditsiiniinstituudi kinoosakond valmistab pidevalt õppefilme, mida kasutatakse loengute illustreerimiseks. Filmi «Südame siirdistamine» demonstreeriti rahvusvahelisel kongressil USA-s, kus see äratas suurt tähelepanu.

— Brüsseli maailmanäitusel autasustati ka paljusid NSV Liidu väljapanekuid tervishoiu alal. Nii anti kaks kuldmedalit NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaarharidustöö Instituudile diaraamide «Artek», «Kislovodsk» ja «Sotši», samuti kolhoosi sünnitusmaja maketi eest. Kuldmedal anti ka NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Bioloogilise Füüsika Instituudile 15-ne kanaliga tele-entsefaloskoobi konstrueerimise eest. Diplomi said mitu kirurgilist aparaati ning teos «Südameveresooned normaalses ja patoloogilises seisundis» (autorid B. Ognev, V. Savin, H. Saveljeva).

— Prahast toimus sotsialistlike maade tervishoiuministrite nõupidamine, millel arutati tööstustervishoiu küsimusi. Nõupidamisest võttis osa ka NSV Liidu tervishoiu minister M. Kovrigina. Järgmine sotsialistlike maade tervishoiuministrite nõupidamine toimub 1959. a. sügisel Sofias, kus käsitletakse maaelanikkonna teenindamise probleeme. Praha konverentsi otsuse alusel organiseeritakse 1959.—1960. a. mitu rahvusvahelist arstide sümposiumi. NSV Liidus toimub sümposium meditsiinilise statistika ja ioniseeriva kiirguse küsimuste alal.

— Nõukogude Liidu Ida aladel on avatud viimasel ajal mitu uut meditsiiniinstituuti. Nii on asunud tööle kõrgemad meditsiinilised õppeasutused Blagoveštšenskis, Tšitaas, Barnaulis ja Kemerovos. Ümberorganiseerimisel on Vladivostoki ülikooli meditsiinifakulteed iseseisvaks instituudiks. On planeeritud uue õppekorpuse, vivaariumi, auditoriumide ja üliõpilaste ühiselamu ehitamine.

— Armeenia Ilukirjanduse Riiklik Kirjastus kirjastas Armeenia vabariikliku ajakirja «Tervishoid» toimetuse töötaja arsti M. Akopjani luuletuskogu, kus on avaldatud ligi sada meditsiiniteematist luuletust.

Arst M. Akopjan on vastu võetud Armeenia Kirjanike Liidu liikmeks.

— Pekingis organiseeriti meditsiinialane näitus, mille väljapanekud tutvustavad Hiina Rahvavabariigi edusamme meditsiini ja farmaatsia arendamisel. Demonstreeritakse mitmesuguseid meditsiinilisi aparate, sealhulgas ka palju diagnostilisi vahendeid. Esitatakse hiina rahvameditsiini arvukaid retsepte, mida arstide laiemad ringkonnad seni ei tundnud.

Siin leidub ka hiljuti avastatud hiina vaktsiin leetrite vastu, kodumaised antibootikumid ja Hiinas valmistatud aparaadid — kunstlikud kopsud ja süda.

Palju eksponaate jutustab hiina rahva võitlusest sanitaarkultuuri arendamisel.

— Viimasel ajal laienevad pidevalt NSVL Teadusliku Meditsiinilise Keskraamatukogu sidemed välismaaga. 74 maaga on loodud regulaarne kirjanduse vahetus kõigil meditsiinilise kirjanduse aladel. Side on üldse 1070 organisatsiooniga. Keskraamatukogu saadab regulaarselt välismaa asutustele enam kui 70 nimetust nõukogude meditsiinilist perioodikat, peale nende monograafiaid, mikrofilme ja fotokoopiaid, teaduslike tööde ja artiklite ära kirju, teaduslike uurimisinstituutide üksikuid töid jne.

1957. a. saadeti välismaale 22 000 eksemplari meditsiinilist kirjandust, käesoleva aasta kolme kvartali jooksul aga üle 16 000. Raamatukogu sai möödunud aastal rohkem kui 19 000 nimetust välismaa meditsiinilist kirjandust ja 1958. a. kolme kvartali jooksul 20 000. Välismaa meditsiinilist perioodikat saabub raamatukogusse 1400 nimetust.

SISUKORD СОДЕРЖАНИЕ

A. NORDBERG — Elanikkonna poliiklinilisest teenindamisest . . .	3
---	---

Arstiteaduse teooria ja praktika

A. GUNTER — Müokardi infarktiga haigete ravimisest	10
G. LOOGNA — Aseptilise ja tuberkuloosse põetiku kulist streptomütsiinravi kombineerimisel pen-toksüüliga	14
S. SIBUL — Tuberkuloossete krooniliste otiitide ravist ionoforeesi meetodi abil	18
E. KAMA — Torakoplastika tuberkuloosse empüeemi ravimisel . . .	20
I. BUGAKOV, E. KALEV ja E. SEIBE — Tallinna elanikkonna fluo-graafilisest uurimisest tuberkuloosi suhtes	26
I. ŽOROV — Anestesioloogiast Inglismaal. Referaat	29
B. SCHAMARDIN — Reaktiivse hüperemia proov ja selle kasutamine vibratsioonikahjustuste diagnoosimisel	31
A. SARAP — Parandada tööstusettevõtete tööliste meditsiinilist teenindamist	33

Kogemuste vahetamine

E. SIIRDE — Nõukogude Eesti otorinolaringoloogia-alastest saavutustest, olukorrast ja ülesannetest .	36
A. VARES — Tallinna Vabariikliku Haigla haiglanõukogu tegevusest .	39
M. FARBER — Nimmeradikuliitide ravist B ₁₂ -vitamiiniga	42
A. PRUULI — Tähelepanekuid poliomieliidi ravimisel rekonvales-sentide verega	45
Š. GULORDAVA — Peensoole invaginatsiooni väljalangemise juhtum läbi enterostoomiajärgse uurise ava	46
H. PIHL — Vastsündinu leetrisse haigestumise juhtum	47
J. SAARMA — Ääremärkusi ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» lugedes	49
V. RITS LAID — Kikkapuude gutapertüst provisoorsete hambaplombide materjali tootmise võimalustest	51

A. НОРДБЕРГ — О поликлиническом обслуживании населения	3
--	---

Теория и практика медицины

A. Гунтер — О лечении больных инфарктом миокарда	10
Г. ЛООГНА — Течение асептического и туберкулезного воспаления при комбинаций стрептомицина с пентоксидом	14
С. СИБУЛЬ — О лечении хронического отита методом ионофореза . . .	18
Э. КАМА — Эффективность торакопластики при лечении эмпиемы туберкулезных больных . . .	20
И. БУГАКОВ, Э. КАЛЕВ и Э. СЕЙБЕ — Флюорографическое обследование населения гор. Таллина на туберкулез	26
И. ЖОРОВ — Об анестезиологии в Англии	29
Б. ШАМАРДИН — Проба реактивной гиперемии и применение ее при диагностике вибрационных поражений	31
A. САРАП — Улучшить медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий	33

Обмен опытом

Э. СИИРДЕ — О достижениях, состоянии и задачах в области оториноларингологии в Эстонской ССР .	36
A. ВАРЕС — О деятельности больничного совета Таллинской республиканской больницы	39
M. ФАРБЕР — О лечении пояснично-крестцовых радикулитов эпидуральными и субарахноидальными введениями витамина B ₁₂ . . .	42
A. ПРУУЛИ — О лечении полиомиелита введением крови реконвалесцентов	45
Ш. ГУЛОРДАВА — Случай выпадения инвагинации тонкой кишки через отверстие после энтеростомии . . .	46
X. ПИХЛ — Случай заболевания новорожденного корью	47
Ю. СААРМА — Заметки при чтении журнала «Здравоохранение Советской Эстонии»	49
B. РИТСЛАЙД — О производстве материала для провизорных зубных протезов из гутаперчи . . .	51

Meditsiini ajaloost

- E. TALLMEISTER — Fr. R. Faehlmann koolera ja düseteeria uurijana 52

Abiks velskritele ja õdedele

- R. MÜÜRSEPP — Angiinist 55
A. TAUMI — Silmaprügist 58
E. KURRIK ja A. VAAB — Mõningaid küsimusi funktsionaalse ravi rakendamisest kodarluu tüüpiliste murdude puhul 60
E. VALTER — Rakvere rajooni meditsiiniõdede nõukogu tööst 62

Konverentse ja nõupidamisi

- A. JANNUS — VII rahvusvaheline mikrobioloogide kongress Stockholmis 63
S. SALZMANN — IV üleliiduline röntgenoloogide ja radioloogide kongress 64
S. SILLING — II ülemaailmne akušöör-günekoloogide kongress 65
H. RISTLAAN — Hematoloogia ja Vereülekande Keskinstituudi Õpetatud nõukogu 37. laiendatud pleenum 66
V. SÄRGAVA — Eesti NSV otorinolaringoloogide konverentsilt 67

Tähtpäevi

- Vabariigi peakirurg L. Šostak 60-aastane 69
Valentin Savi 70
Kroonika 71

История медицины

- Э. ТАЛЛМЕЙСТЕР — Ф. Р. Фельманн как исследователь холеры и дизентерии 52

В помощь фельдшерам и медсестрам

- Р. МЮЙРСЕПП — Об ангине 55
А. ТАУМИ — О соринках глаза 58
Э КУРРИК и А. ВААБ — Некоторые вопросы функционального лечения при переломах предплечья 60
Э. ВАЛТЕР — О работе совета медсестер Раквереского района 62

Конференции и совещания

- А. ЯННУС — VII международный съезд микробиологов в Стокгольме 63
С. ЗАЛЦМАН — IV Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов 64
С. СИЛЛИНГ — II всемирный съезд акушеров-гинекологов 65
Х. РИСТЛААН — 37-й расширенный пленум ученого совета Центрального института гематологии и переливания крови 66
В. СЯРГАВА — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР 67

Даты

- 50 лет со дня рождения главного хирурга республики Л. Шостака 69
Валентин Сави 70
Хроника 71

SISUKORD

1958. a.

1. GOLDBERG, A. — Saateks I — 3
2. KARU, E. — Aminasiini rakendamise psühhiaatrias IV — 3
3. KÖRGE, K. — Adrenokortikotroopse hormooni ja kortisooni rakendamisest kliinilises meditsiinis II — 9
4. NORDBERG, A. — Rajoonihaigla töö parandamisest — Maa-arstijaoskond III — 3
— Elanikkonna polikliinilisest teenindamisest VI — 3
5. RATTUS, P. — 40 aastat Tervishoiu Rahvakomissariaadi asutamisest V — 3

Tervishoiu organisatsioon

1. ARNEMAN, F. — Parandada diagnoosimise kvaliteeti I — 21
2. GUNTER, A. — Arstiteaduse arenemisest vabariigis I — 13
3. KOOK, O. — Märkmeid Eesti NSV apteekide tööst III — 57
4. LAVROVA L. — Laste ravi- ja profülaktikaalse teenindamise olukord Eesti NSV-s ning abinõud selle edasiseks parandamiseks I — 17
5. LINKBERG, A. — Meditsiinikaadri ettevalmistamisest TRÜ Arstiteaduskonnas kuuendal viisaastakul I — 10
6. MULLER, A. — Eesti NSV tervishoiuvõrgu arendamise põhisuundadest II — 75
7. NORDBERG, A. — Tervishoiutöö paranemine Nõukogude Eestis I — 5
8. PŠENITSNIKOV, B. — Punase Risti Seltsi tööst — Järjekordsed ülesanded doonorluse alal III — 54
9. RATTUS, P. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas maaelanikkonna tervishoiualase teenindamise seisukorda III — 60
10. SALUS, L. — Tervishoiutöötajate ametiühingu ülesannetest I — 27

СОДЕРЖАНИЕ

за 1958 год

- ГОЛЬДБЕРГ А. — К выходу журнала I — 3
- КАРУ Э. — О применении аминазина в психиатрии IV — 3
- КЫРГЕ К. — О применении адренотропного гормона и кортизона в клинической медицине II — 9
- НОРДБЕРГ А. — За улучшение работы районной больницы — Сельский врачебный участок II — 3
— О поликлиническом обслуживании населения VI — 3
- РАТТУС П. — 40-летие Наркомздрава V — 3

Организация здравоохранения

- АРНЕМАН Ф. — За качественную диагностику I — 21
- ГУНТЕР А. — За дальнейшее развитие медицинской науки в республике I — 13
- КООК О. — О работе аптек Эстонской ССР III — 57
- ЛАВРОВА Л. — Состояние лечебно-профилактической помощи детям в Эстонской ССР и меры по ее дальнейшему улучшению I — 17
- ЛИНКБЕРГ А. — О подготовке медицинских кадров на медицинском факультете Тартуского государственного университета в шестой пятилетке I — 10
- МУЛЛЕР А. — Об основных принципах развития здравоохранения в Эстонской ССР II — 75
- НОРДБЕРГ А. — К дальнейшему подъему здравоохранения в Эстонской ССР I — 25
- ПШЕНИЧНИКОВ Б. — О работе общества Красного Креста I — 28
— Очередные задачи работы с донорами III — 54
- РАТТУС П. — Коллегия Министерства Здравоохранения обсудила состояние медицинского обслуживания сельского населения III — 60
- САЛУС Л. — О задачах профсоюза медицинских работников I — 27

11. SARAP, A. — Ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondlik ülevaatus I — 23

Arstiteaduse teooria ja praktika

1. ABRAMJANTS, P. JA GULORDAVA, Š. — Kirurgi taktika ägedate koletsüstiitide puhul II — 59
2. AHHUNDOVA, K. — Düsenteeriamikroobide ravimresistentsuse määramisest IV — 25
3. BERNAKOFF, R. — Mõnest vigadest munasarjade epiteliaalsete tsüstoomide diagnoosimisel ja ravimisel V — 49
4. BRESLER, V. — Biopsiadiagnostika olulisi küsimusi IV — 53
5. BUGAKOV, I. KALEV, E. JA SEIBE, E. — Tallinna elanikkonna fluorograafilisest uurimisest tuberkuloosi suhtes VI — 26
6. ELSTEIN, N. — Medikamentoose ravi küsimusi I — 40
7. ENNULO, J. — Kavernide lahtise ravi hilistulemustest I — 56
8. GOLDBERG, A. — Saavutustest ja ülesannetest tuberkuloositõrje alal IV — 28
9. GULORDAVA, Š. — Vabariikliku haigla peamised ülesanded organisatsioonilise, meetodilise ja konsultatsioonikeskuseksena I — 32
— Peensoole invaginatsiooni väljalangemise juhtum läbi enterostoomiajärgse uuri-
se ava VI — 46
10. GUNTER, A. — Südame ja veresoonte haiguste profülaktikast ja ravist III — 10
— Müokardi infarktiga haigete ravimisest VI — 10
11. HIIЕ, V. — Stomatoloogi ülesanded võitluses vähi-
eelsete haigestumistega ja pahaloomuliste kasvajatega
suuõõnes II — 27
12. JANNUS, A. Antibiootikumidest põhjustatud komplikatsioonidest II — 19
13. JANNUS, L. — Tuberkuloosikepikeste resistentsusest antibakteriaalsetele vahenditele IV — 39
14. КАМА, E. — Торакопластика tuberkuloosse empüеemi ravimisel VI — 20
15. KARAPETJAN, A. GRINŠPUN, L. SAFRONOV, A. — Düsenteeriaepisikute rühma kuuluvate mikroobide eraldamise küsimusest Tallinna lahe veest IV — 22

- SARAP A. — Общественный смотр лечебно-профилактических учреждений I — 23

Теория и практика медицины

- АБРАМЯНЦ П. и ГУЛОРДАВА Ш. — Тактика хирурга при оперативном лечении холециститов II — 59
- АХУНДОВА К. — Об определении чувствительности дизентерийных бактерий к антибиотикам IV — 25
- БЕРНАКОВ Р. — О некоторых ошибках при диагностике и лечении эпителиальных кистом яичников V — 49
- БРЕСЛЕР В. — О насущных вопросах биопсийной диагностики IV — 53
- БУГАКОВ, И. КАЛЕВ Э. и СЕЙБЕ Э. — Флюорографическое обследование населения гор. Таллина на туберкулез VI — 26
- ЭЛЬШТЕИН Н. — Некоторые вопросы медикаментозного лечения больных I — 40
- ЭННУЛО Ю. — Об отдаленных результатах открытого лечения каверн у больных туберкулезом легких I — 56
- ГОЛЬДБЕРГ А. — О достижениях и задачах в борьбе с туберкулезом IV — 28
- ГУЛОРДАВА Ш. — Главные задачи республиканской больницы как организационного, методического и консультационного центра I — 32
— О выпадения инвагинации тонкой кишки VI — 46
- ГУНТЕР А. — О профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний III — 10
— О лечении больных инфарктом миокарда VI — 10
- ХИИЕ В. — Задачи стоматологов в борьбе с предраковыми заболеваниями и злокачественными опухолями полости рта II — 27
- ЯННУС А. — Об осложнениях, обусловленных применением антибиотиков II — 19
- ЯННУС Л. — К вопросу устойчивости туберкулезных палочек к антибактериальным средствам IV — 39
- КАМА Э. — Эффективность торакопластики при лечении эмпиемы туберкулезных больных VI — 20
- КАРАПЕТЯН А., ГРИНШПУН Л., САФРОНОВ А. — О вопросе выделения микробов группы дизентерийных палочек из воды Таллинской бухты IV — 22

16. KERES, L. — Looteeas ekso-geenseil põhjusil kujunenud patoloogiast II — 46
17. KLIIMANN, A. — Türeo-toksilise struuma subtotaalse resektsiooni tehnikast V — 21
18. KUUSIK, V. — Emakakaela vähi kirurgilise ja kiiritusravi tulemusi II — 32
19. KÖRGE, K. JA MURASEV, E. — Abdominaalse aordi spontaanse ruptuuri kliinikust III — 25
20. KÄER-KINGISEPP, E. ja EPLER, M. — Pulsiaegade kõikumisest lapse- ja noorukieas II — 37
21. LAANES, S. — *Mycobacterium tuberculosis*'e kasvamisest kanaembrüos IV — 36
22. LEPP, F. — Bakteriaalse düsenteeria iseärasustest ja vältimise abinõudest tänapäeval IV — 9
23. LOOGNA, G. — Aseptilise ja tuberkuloosse põletiku kulust streptomütsiinravi kombineerimisel pentoksüüliga VI — 14
24. LUTS, A. — Müravastase võitluse tähtsusest III — 21
25. MARKOVITS, R. MARTINSON, M. — Piirdunud ekseemi ja neurodermiidi ravi novokaiiniblokaadi abil V — 16
26. MARKUSAS, F. — Võrdlevaid andmeid sportivate ja mittesportivate Rakvere kooliõpilaste füüsilise arengu ja haigestumise kohta III — 32
27. MASIK, I. — Sanitaaralaltest ülesannetest IV — 14
28. MEDINSKI, G. — Leptospiroosid Eesti NSV-s III — 50
29. NÖGES, M. — Diagnostika kvaliteedi küsimusi Viljandi linnahaigla sisehaiguste osakonna 1957. a. materjalide alusel IV — 48
30. PAIMRE, R. — Komplikat-sioonidest penitsilliini suba-rahnoidaalõõnde manustamise tagajärjel V — 13
31. PANT, L. — Eesti NSV apteekide retseptuurist I — 45
— Eesti NSV apteekide ekstemporaalse retseptuuri komplitseeritusest II — 69
32. PETLEM, H. — Apenditsiit lapseas II — 51
33. PIHL, H. — Platsentavere kogumisest gammaglobuliini tootmiseks ja selle rakendamise praktikas I — 49
— Soolteinfektsioonide epidemioloogia küsimustest IV — 18
- КЕРЕС Л. — О патологии внутриутробного периода, обусловленной внешними факторами II — 46
- КЛИИМАН А. — К технике субтотальной резекции тиреотоксического зоба V — 21
- КУУЗИК В. — Результаты хирургического и лучевого лечения рака шейки матки II — 32
- КЫРГЕ К. и МУРАШЕВ Э. — Клиника спонтанных разрывов брюшного отдела аорты III — 25
- КЯЕР-КИНГИСЕПП Э. и ЭПЛЕР М. — О колебании частоты пульса у детей и подростков II — 37
- ЛААНЕС С. — О выращивании туберкулезных микобактерий в курином зародыше IV — 36
- ЛЕПП Ф. — Об особенностях бактериальной дизентерии и о мерах ее предупреждения IV — 9
- ЛООГНА Г. — Течение асептического и туберкулезного воспаления при комбинации стрептомицина с пенициллином VI — 14
- ЛУТС А. — О значении борьбы с шумом III — 21
- МАРКОВИЧ Р., МАРТИНСОН М. — О лечении ограниченных экземы и невродермита местной новокаиновой блокадой V — 16
- МАРКУСАС Ф. — Сравнительные данные физического развития и заболеваемости учащихся III — 32
- МАЗИК И. — О задачах по улучшению санитарного состояния IV — 14
- МЕДИНСКИЙ Г. — О лептоспирозе III — 50
- НЫГЕС М. — К вопросу о качестве диагностики заболеваний на основе материалов терапевтического отделения Вильяндиской городской больницы за 1957 г. IV — 48
- ПАЙМРЕ Р. — Об осложнениях при субарахноидальном применении пенициллина V — 13
- ПАНТ Л. — О рецептуре аптек Эстонской ССР I — 45
— Об экстемпоральной рецептуре аптек ЭССР II — 69
- ПЕТЛЕМ Х. — Аппендицит в детском возрасте II — 51
- ПИХЛ Х. — О сборе плацентарной крови для производства гаммаглобулина и о применении его в практике I — 49
— О некоторых вопросах эпидемиологии кишечных инфекций IV — 18

34. PULLISAAR, H. — Kose rajooni elanikkonna uurimise- st tuberkuloosi infitseerumise ja haigestumise suhtes	IV — 44	ПУЛЛИСААР Х. — Об ос- мотре населения Косеского района на туберкулез	IV — 44
35. POKK, V. — Istmikukõbru osteokondropaatia juhtum	II — 55	ПЫКК В. — Случай остео- хондропатии седялишного бугра	II — 55
36. RAUDAM, E. — Polio- müeliidi ravimisest akuut- ses staadiumis	III — 39	РАУДАМ Э. — О лечении полиомелита в острой ста- дии	III — 39
37. RIIV, J. — Kogemusi uinu- tite terapeutilisel kasuta- misel	V — 7	РИЙВ Я. — Опыты тера- певтического применения сно- творных	V — 7
38. RÕIGAS, E. — Meeste uro- genitaaltrakti trihhomoni- aasi diagnostikast	V — 40	РЫЙГАС Э. — О диагностике трихомониаза мужского урогенитального тракта	V — 40
39. SAARMA, J. — Tähelepane- kuid skisofreenia alavor- mide erinevusest	III — 17	СААРМА Ю. — Об адрена- линовом и инсулиновом лей- коцитозах	V — 37
40. SAARMA, V. — Adrenaliin- ja insuliinleukotsütoosist	V — 37	СААРМА В. — Различная в клинических формах ши- зофрении	III — 17
41. SALZMANN, S. — Pneu- mokonioos põlevkivitööstuse töolistel	I — 37	ЗАЛЬЦМАН С. — Пневмо- конииоз у рабочих сланцевой промышленности	I — 37
42. SARAP, A. — Parandada tööstusettevõtete tööliste meditsiinilist teenindamist	VI — 33	САРАП А. — Улучшить ме- дицинское обслуживание ра- бочих промышленных пред- приятий	VI — 33
43. SARV, J. — Organismi leu- kotsüütide reaktsiooni ja fagotsütoosivõime dünaami- kast enne ja pärast operat- siooni	V — 31	САРВ И. — О динамике лей- коцитарной реакции и фаго- цитарной способности орга- низма до и после операции	V — 31
44. SCHAMARDIN, B. — Reak- tiivse hüperemia proov ja selle kasutamine vibrat- sioonikahjustuste diagnoosi- misel	VI — 31	ШАМАРДИН Б. — Проба реактивной гиперемии и при- менение ее при диагностике вибрационных поражений	VI — 31
45. SEPPÖ, A. — Luu- ja lii- gesetuberkuloosi uuest ravi- meetodist	II — 63	СЕППО А. — О новом мето- де лечения костно-суставного туберкулеза	II — 63
— Lahtiste ja kinniste toru- luude murdude osteosüntees autori fiksaatori abil	V — 52	— Остеосинтез открытых и закрытых переломов труб- чатых костей с применением фиксатора автора	V — 52
46. SIBUL, S. — Tuberkuloos- sete krooniliste otiitide ravi- st ionoforeesimeetodi abil	VI — 18	СИБУЛЬ С. — О лечении хронического туберкулезного отита методом ионофореза	VI — 18
47. SÄRGAVAL, V. — Kliinilisi tähelepanekuid Mènière'i sündroomi kohta	IV — 56	СЯРГАВА В. — Клиниче- ские наблюдения относительно синдрома Меньера	IV — 56
48. ŠMELJOV, N. ja ŠAVRO- VA, Z. — Tuberkuloosi pikaajalisest ravimisest anti- bakteriaalsete preparaati- dega. Referaat	IV — 33	ШМЕЛЕВ Н. и ШАВРО- ВА З. — О продолжительном лечении туберкулеза анти- бактериальными препара- тами. Реферат	IV — 33
49. ŽOROV, I. — Anestesioloogi- ast Inglismaal. Referaat	VI — 29	ЖОРОВ И. — Об анестезио- логии в Англии	VI — 29
50. TALLMEISTER, E. ja TAM- MEPÖLD, E. — <i>Salmonella</i> <i>typhosa</i> eritumisest hinga- misteede kaudu kõhutüü- fusehaigetel	III — 35	ТАЛЛМЕЙСТЕР Э. и ТАММЕПЫЛЬД Э. — О вы- делении возбудителей брюш- ного тифа через дыхатель- ные пути	III — 35
51. TAPUPERE, V. KALLAS, E. ja HUMAL, L. — Poliomieli- idi viirusoloogilisest diag- nostikast	III — 44	ТАПУПЕРЕ В., КАЛЛАС Э. и ХУМАЛЬ Л. — О вирусоло- гической диагностике по- лиомиелита	III — 44
52. TERAS, J. — Urogenitaal- trakti trihhomoniaasi epi- demioloogias	V — 45	ТЕРАС Ю. — Об эпидемно- логии трихомониаза уроге- нитального тракта	V — 45

53. TIKK, A. — Ajukolju kin- niste vigastuse ravist akuut- ses staadiumis	V — 27	ТИКК А. — О лечении за- крытых черепномозговых травм в острой стадии	V — 27
54. TSAPLINSKI, J. — Gripi laboratoorsest diagnostikast hemaglutinatsiooni pidur- dusreaktsiooni abil	II — 65	ЧАПЛИНСКИЙ Е. — О ла- бораторной диагностике гриппа при помощи реакции задержки гемагглютинации . .	II — 65
55. TUR, A. — Varaealiste laste ratsionaalse toitlustamise küsimusi	I — 52	ТУР А. — Вопросы рацио- нального вскармливания де- тей раннего возраста	I — 52
56. VAGANE, E. KILDEMA, L. KÕPMAN, L. — C-hüpo- vitamiinooesi esinemisest Eesti NSV põlevkivibasseini laavakaevuritel	I — 34	ВАГАНЕ Э., КИЛЬДЕМА Л., и КЫПМАН Л. — С-гипо- витаминоз у шахтеров слан- цевого бассейна Эстонской ССР	I — 34
57. VAPRA, A. — Antibiooti- kumide kasutamise kompli- katsioonina tekkinud vistse- raalse kandidamükooosi juh- tudest	II — 24	ВАПРА А. — О случаях вис- церального кандидамикоза, возникающего как осложне- ние при лечении антибиоти- ками	II — 24
— Ülitundlikkuse juhtum fenoksümetüülpenitsilliini suhtes	V — 16	— Случай сверхчувствитель- ной реакции больной на феноксиметилпенициллин . .	V — 16
58. VARES, A. — Mõnedest laste toitmise aktuaalsetest küsimustest	III — 29	ВАРЕС А. — Актуальные вопросы вскармливания де- тей	III — 29
59. VARRIK, J. — Tuberku- loositõrjest Eesti NSV-s	IV — 29	ВАРРИК Я. — О борьбе с туберкулезом в Эстонской ССР	IV — 29
60. VASSILJEVA, K. ja ME- DINSKI, G. — Peamisi üles- andeid looduslike haigus- kollete ja zoonooside uurim- isel Eesti NSV-s	III — 47	ВАСИЛЬЕВА К. и МЕДИН- СКИЙ Г. — Об основных задачах при изучении при- родно-очаговых болезней и зоонозов	III — 47
Kogemuste vahetamine		Обмен опытом	
1. FARBER, M. — Nimmeradi- kuliitide ravimisest B ₁₂ -vita- miiniga	VI — 42	ФАРБЕР М. — О лечении пояснично-крестцовых ради- кулитов эпидуральными и субарахноидальными введе- ниями витамина B ₁₂	VI — 42
2. FUKS, T. — Roela maa- arstijaoskonna tööst	II — 90	ФУКС Т. — О работе Розла- ского сельского врачебного участка	II — 90
3. GULORDAVA, Š. — Peen- soole invaginatsiooni välja- langemise juhtum läbi ente- roostoomiajärgse uurise ava . .	VI — 46	ГУЛОРДАВА Ш. — Случай выпадения инвагинации тон- кой кишки через отверстие после энтеростомии	VI — 46
4. HEIDEMAA, V. — Ravi- ja profülaktikaasutuste töö- kultuurist	IV — 64	ХЕЙДЕМАА В. — О куль- туре работы лечебно-профи- лактических учреждений . . .	IV — 64
5. KARU, V. — Varaealiste laste karastamisest	I — 66	КАРУ В. — О закаливании детей раннего возраста . . .	I — 66
6. KLADOVA, O. — Kiviõli haigla tööst uutes tingi- mustes	I — 63	КЛАДОВА О. — Работа больницы Кивиыли в новых условиях	I — 63
7. PIHL, H. — Vastsündinu leetrissse haigestumise juh- tum	VI — 47	ПИХЛ Х. — Случай заболе- вания новорожденного корью .	VI — 47
8. PRUULI, A. — Tähelepane- kuid poliomieliidi ravimisest rekonvaletsentide verega . . .	VI — 45	ПРУУЛИ А. — О лечении полиомиелита введением кро- ви реконвалесцентов	VI — 45
9. PÜÜMETS, M. — Õpilaste meditsiinilisest läbivaatu- sest	IV — 62	ПЮЙМЕТС М. — О лечеб- ном осмотре школьников в 1957 г.	IV — 62
— Õpilaste töökoormusest ja väsimusest	V — 55	— Об учебной нагрузке и утомляемости учащихся . . .	V — 55
10. RITSLAID, V. — Kikka- puude gutapertšist provi- soorsete hambaplombide materjali tootmise võim- alustest	VI — 51	РИТСЛАЙД В. — О произ- водстве материала для про- визорных зубных протезов из гутапечки	VI — 51

11. RÜNGAS, A. — Tallinna Vabariikliku Haigla Õdede Nõukogu töökogemustest . . . I — 69
12. SAAR, A. — Saue velskri-ämmaemandapunkti tööst . . . II — 92
13. SAARMA, J. — Ääremärkusi ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» lugedes . . . VI — 49
14. SIIRDE, E. — Nõukogude Eesti otorinolarüngoloogia-alastest saavutustest, olukorrast ja ülesannetest . . . VI — 36
15. SILLAND, A. — Tervis- hoiupäevast Tõrva rajoonis . . . I — 68
16. VARES, A. — Tallinna Vabariikliku Haigla haigla- nõukogu tegevusest . . . VI — 39
17. VARES, J. — Õpilaste kehakultuuri gruppidesse määramise küsimustest . . . V — 57

Kaadri ettevalmistamine

1. KÕRGE, K. — Üliõpilaste 1958. a. võistlustöödest Tartu Riikliku Ülikooli arstitea- duskonnas . . . III — 63
2. SAARMA, J. — Tartu Riik- liku Ülikooli ÜTT XII tea- dusliku konverentsi arsti- teaduse sektsiooni tööst . . . III — 64
3. VIPPER, K. — Keskhari- dusega meditsiinipersonali ettevalmistamisest . . . I — 72
4. Eesti NSV meditsiinilistes õppeasutustes . . . V — 60

Sanitaarharidustöö

- RAIG, M. — Sanitaarhari- dustöö ülesannetest täna- päeval . . . I — 76

Uusi ravimeid

- PODOLSKI, I. — Andmeid mõnedest ravimpreparaa- tidest . . . II — 73

Abiks velskritele ja õdedele

1. BOGOLEPOV, N. — Hai- gete põetamine kui kaitsva ravirežiimi tähtsaim lüli. Referaat . . . II — 86
2. JAAMA, M. Keskhari- dusega meditsiinitöötajate ülesan- ded kehakultuurlaste me- ditsiinialasel teenindamisel . . . III — 65
3. KURRIK, E. ja VAAB, A. — Mõningaid küsimusi funktsionaalse ravi raken- damisest kodarluu tüüpi- liste murdude puhul . . . VI — 60
4. MÜÜRSEPP, R. — Angii- nist . . . VI — 55

- РЮНГАС А. — О работе Со- вета медицинских сестр в Таллинской республиканской больнице . . . I — 69
- СААР А. — О работе Сауэ- ского фельдшерско-акушер- ского пункта . . . II — 92
- СААРМА Ю. — Заметки при чтении журнала «Здрвооо- рание Советской Эстонии» . . . VI — 49
- СИЙРДЕ Э. — О достиже- ниях, состоянии и задачах в области оториноларинголо- гии в Эстонской ССР . . . VI — 36
- СИЛЛАНДЬ А. — День здравоохранения в Тырва- ском районе . . . I — 68
- ВАРЕС А. — О деятельнос- ти больничного совета Тал- линской республиканской больницы . . . VI — 39
- ВАРЕС И. — К вопросу о назначении учащихся в физ- культурные группы . . . V — 57

О подготовке кадров

- КЫРГЕ К. — О конкурсных работах студентов медицин- ского факультета Тартуского государственного универси- тета . . . III — 63
- СААРМА Ю. — О работе ме- дицинской секции XII конфе- ренции Научного общества студентов Тартуского госу- дарственного университета . . . III — 64
- ВИППЕР К. — О подготовке кадров среднего медицинско- го персонала . . . I — 72
- В медицинских учебных за- ведениях Эстонской ССР . . . V — 60

Санитарное просвещение

- РАЙГ М. — О задачах сани- тарно-просветительной рабо- ты в настоящий момент . . . I — 76

Новые медикаменты

- ПОДОЛЬСКИЙ И. — Дан- ные о некоторых лекарствен- ных препаратах . . . II — 73

В помощь фельдшерам и медсестрам

- БОГОЛЕПОВ Н. — Об уходе за больными. Реферат . . . II — 86
- ЯАМА М. — Задачи средних медицинских работников при медицинском обслуживании физкультурников и спорт- сменов . . . III — 65
- КУРРИК Э. и ВААБ А. — Некоторые вопросы функцио- нального лечения при перело- мах предплечья . . . VI — 60
- МЮЙРСЕПП Р. — Об ангине . . . VI — 55

5. PIHL, H. — Piskukand- misest	II — 82
6. SARAP, A. — Velskri-äm- maemandpunktide töö pa- randamist	II — 79
7. TARM, A. — Silmaprügi- dest	VI — 58
8. TRAAAT, J. — Mädaniku- liste nahahaiguste profü- laktikast ja ravist	V — 61
9. VALTER, E. — Rakvere rajooni meditsiiniõdede nõukogu tööst	VI — 62

Konsultatsioonid

KALDMA, A. — Nõuannet juriidilistes küsimustes	III — 76 V — 64
---	--------------------

Meditsiini ajaloost

1. RATTUS, P. — Nõukogude Punase Risti tööst 40 aasta jooksul	V — 66
2. RISTLAAN, H. — Ülemaa- ilmne Tervishoiu Organi- satsioon	V — 68
3. TALLMEISTER, E. — Fr. R. Faehlmann koolera ja düsenteeria uurijana	VI — 52

Konverentsid ja nõupidamised

1. BOGOVSKI, P. — VII tea- duslik sessioon põlvkivi- tööstuse kutsehügieeni kü- simustes	I — 82
2. ENNULO, J. — Pirogovi lu- gemine 1957. a.	II — 93
3. GAVRILOV, A. — Teine üleliiduline onkoloogide konverents	II — 95
4. JANNUS, A. — VII rahvus- vaheline mikrobioloogide kongress Stockholmis	VI — 63
5. KASK, M. — NSV Liidu Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatus III pleenu- milt	III — 73
6. MARKUSAS, F. — Teine vabariiklik konverents spor- dimeditsiini ja ravikeha- kultuuri küsimustes	III — 69
7. NORDBERG, A. — Eesti NSV viies vabariiklik pe- diaatrite konverents — N. A. Semaško nimelise Tervishoiu Organisatsiooni ja Meditsiini Ajaloo Insti- tuudi kolmas teaduslik ses- sioon	I — 79 II — 97
8. PIHL, H. — Teaduslikust konverentsist Leningradi Pasteur'i-nimelises institu- dis	III — 70
9. RISTLAAN, H. — Hema- toloogia ja Vereülekande Keskinstituudi õpetatud Nõukogu 37. laiendatud plee- num	VI — 66

ПИХЛ Х. — О бациллоноси- тельстве	II — 82
САРАП А. — Об улучшении работы фельдшерско-акушер- ских пунктов	II — 79
ТАУМИ А. — О соринках глаза	VI — 58
ТРААТ И. — О профилактике и лечении гнойничковых забо- леваний кожи	V — 61
ВАЛЬТЕР Э. — О работе совета медсестер Раквере- ского района	VI — 62

Консультации

КАЛЬДМА А. Консультация по юридическим вопросам III — 76, V — 64

История медицины

РАТТУС П. — О работе Совет- ского Красного Креста в те- чение 40 лет	V — 66
РИСТЛААН Х. — Всемирная организация здравоохранения	V — 68
ТАЛЛМЕЙСТЕР Э. — Ф. Р. Фельманн как исследователь холеры и дизентерии	VI — 52

Конференции и совещания

БОГОВСКИЙ П. — VII научная сессия по вопросам профессиональной гигиены в сланцевой промышленности	I — 82
ЭННУЛО Ю. — Пироговские чтения в 1957 г.	II — 93
ГАВРИЛОВ А. — Вторая Всесоюзная конференция онкологов	II — 95
ЯННУС А. — VII междуна- родный съезд микробиологов в Стокгольме	VI — 63
КАСК М. — На III пленуме правления Научного обще- ства гигиенистов СССР	III — 73
МАРКУСАС Ф. — Конферен- ция по вопросам спортивной медицины и лечебной физ- культуры	III — 69
НОРДБЕРГ А. — Пятая республиканская конферен- ция педиатров Эстонской ССР — Третья научная сессия Института организации здра- воохранения и истории ме- дицины имени Н. А. Семашко ПИХЛ Х. — О научной кон- ференции Института имени Пастера в Ленинграде	I — 79 II — 97 III — 70
РИСТЛААН Х. — 37-й рас- ширенный пленум ученого совета Центрального инсти- тута гематологии и перели- вания крови	VI — 66

11. SALZMANN, S. — IV üleliiduline röntgenoloogide ja radioloogide kongress . . . VI — 64
 12. SARAP, A. — Nõupidamine tööstuse/tevõtete töölise meditsiinalase teenindamise küsimustes Harkovis . . . III — 74
 13. SILLA, R. — Koolihügieeni konverentsist Moskvas . . . II — 99
 14. SILLING, S. — II ülemaailmne akušöör-günekoloogide kongress . . . VI — 65
 15. SÄRGAVA, V. — Eesti NSV otorinolaringoloogide konverentsilt . . . VI — 67
 16. SOOT, K. — Muljeid akušöör-günekoloogide X üleliiduliselt kongressilt . . . I — 78
 17. VOLOSIN, M. — NSV Liidu Farmatseutide Seltsi pleenum . . . II — 100
 18. Eesti NSV Punase Risti Seltsi Kehtkomitee kolmandalt pleenumilt . . . IV — 71
 19. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil . . . V — 73
 20. Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee pleenumilt . . . IV — 74
 21. Esimene üleliiduline konverents vibratsioonivastase võitluse küsimustes . . . V — 71
 22. Konverents soolte nakkushaiguste küsimustes . . . IV — 67
 23. Konverents toitumise ja endokrioloogia küsimustes . . . IV — 69
 24. Looduseuurijate päev . . . V — 74
 25. Muljeid V üleliiduliselt otorinolaringoloogide kongressilt . . . V — 71
 26. Neuroloogide ja psühhiaatriate konverents . . . IV — 70
 27. NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia XII sessioonilt . . . V — 72
 28. Stomatoloogide III vabariiklikust konverentsist . . . IV — 73
 29. Terapeutide konverents . . . V — 73
 30. Üleliiduline nakkushaigustealane nõupidamine Harkovis . . . IV — 68
 31. XII rahvusvaheline spordimeditsiini kongress . . . V — 75
- Tähtpäevi I — 84, III — 79, VI — 69, 70
Kroonika I — 86, II — 101, IV — 75, V — 76, VI — 71
- ЗАЛЫЦМАГН С. — IV Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов . . . VI — 64
- САРАП А. — Советание по вопросам медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий . . . III — 74
- СИЛЛА Р. — Конференция по школьной гигиене в Москве . . . II — 99
- СИЛЛИНГ С. — II всемирный съезд акушеров-гинекологов . . . VI — 65
- СЯРГАВА В. — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР . . . VI — 67
- СЭЭТ К. — Впечатления о X Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов . . . I — 78
- ВОЛОШИН М. — Пленум общества фармацевтов СССР III пленум ЦК общества Красного Креста ЭССР . . . IV — 71
- В коллегии Минздрава Эстонской ССР . . . V — 73
- Пленум Республиканского комитета профсоюза работников здравоохранения ЭССР . . . IV — 74
- Первая Всесоюзная конференция по вопросам борьбы против вибрации . . . V — 71
- Конференция по вопросам кишечных инфекций . . . IV — 67
- Конференция по вопросам питания и эндокринологии . . . IV — 69
- Конференция натуралистов . . . V — 74
- V Всесоюзный съезд оториноларингологов . . . V — 71
- Конференция неврологов и психиатров . . . IV — 70
- XII сессия АМН СССР . . . V — 72
- III республиканская конференция стоматологов . . . IV — 73
- Конференция терапевтов . . . V — 73
- Республиканская научная конференция фтизиатров . . . III — 67
- Всесоюзное совещание в Харькове по вопросам инфекционных болезней . . . IV — 68
- XII международная конференция по вопросам спортивной медицины . . . V — 75
- Даты I — 84, III — 79, VI — 69, 70
Хроника I — 86, II — 101, IV — 75, V — 76, VI — 71

NOUKOGUDE EESTI TERVISHOID

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse Kõlleegium

F. Arneman, P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), P. Rattus (sekretär), E. Raudam,
J. Saarma ja A. Sarap.

1958
L I S A
ПРИЛОЖЕНИЕ

TEADUSLIKE TÖÖDE KOGUMIK
СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ



AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1959

KOPSUTUBERKULOOSI VÖRDLEVAST MIKROBIOLOOGILISEST DIAGNOSTIKAST TÄNAPÄEVAL

F. Lepp ja V. Harju

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja dermatoloogia
kateedrist, juhataja Eesti NSV teeneline teadlane professor

F. Lepp)

Tuberkuloosivastane võitlus meie vabariigis on suunatud selle haiguse likvideerimisele lähema aja vältel. Tuberkuloosi mikrobioloogilises diagnostikas omab suurt tähtsust nii haiguse varajane avastamine kui ka paranenute vabanemine tekitajatest.

Raskusi *Mycobacterium tuberculosis*'e avastamisel esineb siis, kui uuritav materjal neid vähe sisaldab, või kui haiged ei erita röga. Arvestades neid võimalusi, on kopsutuberkuloosi mikrobioloogilises diagnostikas patoloogilise uurimismaterjali kogumiseks kasutusele võetud mitmesuguseid menetlusi.

Uurimuste tulemused on aga erinevad. Käesoleva töö ülesandeks ongi selgitada, milline neist meetodeist annaks paremaid tulemusi nii ambulatoorseis, kui ka statsionaarseis tingimuses.

Võrdlemiseks uuriti 105 juhul mitmesuguse kliinilise vormiga kopsutuberkuloosiga haigelt ühel või teisel viisil saadud ekspektoraati *Mycobacterium tuberculosis*'e sisalduse suhtes. Kõigil neil haigeil oli rögaeritus vähene või puudus. Eritusest valmistatud preparaate Ziehl-Neelsen järgi värvides tuberkuloositekitajaid ei leitud.

Patoloogilise uurimismaterjali kogumiseks kasutati mitmesuguseid tuntud menetlusi, nagu röga kogumine rögapurkidesse, materjali võtmine kurgust, bronhiloputusi, maosisalduse võtmise ja aerosoolmeetodil ekspektoraadi provotseerimisi. Loetletud uurimismaterjali kogumise või saamise viise võib kasutada nii ambulatoorseis kui ka statsionaarsetes tingimustes. *Mycobacterium tuberculosis*'e sisaldus kogutud materjalis oleneb haigusprotsessi arenemisastmest, mida tuleks diagnoosimisel arvestada.

Bronhiloputused tehti hommikuti enne sööki või öhtupoolikul umbes 4 tundi pärast sööki. Bronhiloputusi ei tehtud raskesti haigetel ega lastel, samuti vereköhimise, dekompenseeritud südamerikke ega bronhiaalastma nähtude puhul.

Maosisaldist võeti 4-millimeetrilise sondiga hommikuti enne sööki ja seda aspireeriti 20-milliliitrilise süstlaga. Kui maosisaldis puudus, siis viidi makku 20—40 ml füsioloogilist lahust, mis hiljem tagasi aspireeriti. Seda meetodit kasutasime laste ja nende haigete juures, kes ei eritanud röga.

Bronhi- ja maoloputus tuberkuloosi bakterioloogiliseks diagnoosimiseks on haigetele ebameeldiv ja tehniliselt raske. Sel põhjusel otsitakse praegu lihtsamaid ja uuritavale vähem tülikaid menetlusi, mis annaksid veelgi paremaid tulemusi.

F. Svaldi kirjeldas 1950. a. aerosoolmeetodit ekspektoraadi provotseerimiseks, eriti haigetel, kes ei eritanud röga. Autor saavutas selle meetodiga häid tulemusi.

Aerosoolmeetodi rakendamiseks valmistati meie ettepanekul Tartu Riikliku Ülikooli õppetöökojas vastav seadis. See koosnes kompressorist, mida käivitati 1,2 kw elektrimootori abil. Õhk pumbati puhastamise otstarbel läbi rauapuu villaga täidetud nõu 20-liitrilisse ballooni. Vedeliku pihustamisel mõõdeti ja reguleeriti õhu survet reduktsiooniventiili ning vastava manomeetri abil. Vedelikku pihustati survega 2—3 atmosfääri. Siia juurde kuulus ka eriline vedelikupihustaja ning sissehingamisseadis. Aerosoolide läbimõõt kõikus 0,1—1,0 μ piires, mida uuritav sisse hingas vastava aparaadi kaudu kuni 15 minutit. Aspireerimine lõppes kolme sügava sissehingamisega. Ööpäeva jooksul eritunud ekspektoraat koguti steriilsesse nõusse. Eritise kogus oli väike ja kõikus 10—15 ml piires. F. Svaldi kasutas aerosoolina ühe- kuni kaheprotsendilist novokaiinilahust või kolmeprotsendilist teofülliinilahust. Ta soovitas samaaegselt süstida *Strychninum nitricum*'i 0,001 g musklisisese või nahaalusi, mis soodustab röga eritust, sest selle toimel bronhid kontraheeruvad.

Meie kasutasime aerosoolina füsioloogilist lahust ja *Decoctum radidis primulae* 6,0 : 200,0.

Nimetatud seadist võib hea eduga kasutada ka aerosoolteraapia puhul. Seadis erineb meil seni samaks otstarbeks valmistatutest.

Kogutud patoloogilist materjali on uuritud bakterioskoopiliselt ägepreparaatides floteerimismeetodi abil (L. Lane ning P. Nitsche) ja hästi homogeniseeritud materjali tsentrifuugimisel saadud sadet (3000 tiiru minutis kuni 30 minuti vältel). Röga veeldamiseks ja sekundaarse mikrofloora hävitamiseks kasutati naatriumhüdrosüüdi neljaprotsendilist lahust F. Tisoni järgi. Külvamiseks sade neutraliseeriti neljaprotsendilise soolhappelahusega, pesti füsioloogilises lahuses ning tsentrifuugiti. Sekundaarse mikrofloora hävitamiseks lisandati uuritavale külvimaterjalile veel 500—1000 ühikut/ml penitsilliini. Sel puhul veeldumisaeg lüheneb. Kasvamist kontrolliti 60 päeva jooksul iga 3—5 päeva järel. Uurimismaterjal külvati vähemalt kahele meie laboratooriumis kasutusel olevale muna-asparagiinsöötmele.

Floteerimismeetodi abil eraldatud ja Ziehl-Neelseni järgi värvitud preparaates leiduvad happe- ja alkoholikindlad bakterid ei tarvitse alati olla *Mycobacterium tuberculosis*'ed, sest esineda võivad ka paratuberkuloosibakterid, mis on samuti happe- ja alkoholikindlad. Nendega nakatatud merisead ei haigestu. Spetsiaalsetes söötmetes kasvavad need bakterid kiiremini. Diferentsiaaldiagnostikas tuleb seda arvestada.

Kuna tehnilistel põhjustel ei olnud võimalik kasutada iga uuritud haigusjuhu korral kõiki materjali kogumise meetodeid, on tabelis toodud juhtude arv iga nimetatud meetodi puhul vähe erinev.

Tabelis on esitatud andmed *Mycobacterium tuberculosis*'e leiu kohta materjali erinevate kogumis- ja uurimismeetodite kasutamisel.

Materjali kogumise meetod	Juhtude arv	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> 'e leid positiivne							
		Ägepreparaat		Floteerimis-meetod		Külv		Kokku	
		arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
1. Röga	91	0	0	2	2,2	15	16,5	17	18,7
2. Bronhiloputus	101	0	0	5	4,9	13	12,9	18	17,8
3. Aerosool	105	0	0	16	15,2	12	11,4	28	26,6
4. Maosisaldus	57	0	0	1	1,8	11	19,6	12	21,0

Tähelepanu väärrib, et ägepreparaadis ei leidunud ühelgi juhul tuberkuloositekitajaid. Patoloogilise materjali kogumisviisidest oli parim aero-

soolmeetod ning uurimismeetoditest külvamis- ja floteerimismeetod. Külvamismeetodit kasutati ainult täiendava abinõuna.

Kopsutuberkuloosi bakterioskoopilisel diagnoosimisel, võrreldes ühe ja sama materjali uurimise tulemusi floteerimismeetodi abil tsentrifuugimisel (3000 tiiru minutis $\frac{1}{2}$ tunni vältel) saadud sademe uurimisel selgub, et viimane meetod ei anna vähem positiivseid tulemusi kui floteerimine (E. Tallmeister ning E. Leesik). Kuna meie laboratooriumid omavad ajakohaseid tsentrifuuge, millede võimsus ületab isegi 5000 tiiru minutis, siis on soovitav seda meetodit kasutada praktikas, sest see nõuab laborantidelt vähem ajakulu ja annab paremaid tulemusi. Sel juhul tuleb erilist tähelepanu pöörata patoloogilise materjali veeldamisele.

Külvamismeetodi kõrval andis häid tulemusi patoloogilise materjali süstimine meriseale intratestikulaarselt. Merisea testise nakatamisel toimus patoloogilise materjali ettevalmistamine samuti nagu külvamiselgi. Igasse merisea testisesse süstiti 0,5 ml materjali. Juba viiendal päeval pärast testise nakatamist leidis floteerimismeetodi abil valmistatud ja Ziehl-Neelsen'i järgi värvitud preparaadis tuberkuloositekitajaid (S. Laanes ning E. Türi). Viimane meetod on soovitav eriti siis, kui uuritav materjal sisaldab vähe tuberkuloositekitajaid.

Kopsutuberkuloosi bakterioskoopilise ja bakterioloogilise diagnostika tõhustamiseks võib valida vastavalt ülesandele eespool käsitletud meetodeist sobivama.

K o k k u v ö t e

1. Kopsutuberkuloosihaigete tunnistamine bakterite mitteeritajateks nende paranemisel nõuab arstidelt senisest veelgi põhjalikumaid uurimisi.

2. Uurimismaterjali kogumisel kopsutuberkuloosihaigetelt diagnostiliseks uurimiseks, eriti kui rögaeritus puudub, omab ekspektoraadiprovokatsioon aerosooli sissehingamisel eeliseid, võrreldes bronhiloputuse ja maosisaldise kasutamisega. See meetod on haigetele vähem tülikas ja annab võrdlemisi häid tulemusi.

3. Hästiveeldatud ekspektoraadi tsentrifuugimisel saadud sademe uurimine ei anna tuberkuloosi diagnostikas vähem positiivseid tulemusi võrreldes floteerimismeetodiga.

4. Külvamismeetodi kõrval omab diagnostilisi väärtusi ka merisea testise nakatamine uuritava materjaliga. Antud meetod võimaldab uurimismaterjalis, mis sisaldab vähe tuberkuloositekitajaid, neid avastada alates viiendast päevast pärast testise nakatamist.

О современной сравнительной бактериологической диагностике легочного туберкулеза

Ф. Лепп и В. Харью

Р е з ю м е

Обнаружение микобактерий туберкулеза в исследуемом материале представляет затруднение в тех случаях, когда материал содержит их мало или у больных отсутствует выделение мокроты. Поэтому в бактериологической диагностике туберкулеза пользуются различными способами при добывании материала для исследования. Результаты исследования зависят от применяемого способа.

Настоящей работой преследовалась цель выяснить, какой метод даст наиболее ценные диагностические результаты.

Сравнительному исследованию подвергались мокрота, содержимое желудка, носа, промывные воды бронхов и провоцируемый экспекторат при помощи вдыхания больными аэрозолей различного содержания. Для распыления и вдыхания жидкостей мы придерживались особой установки. Размер распыленных частиц жидкостей колебался от 0,1 до 1,0 μ . Вдыхание аэрозолей длилось до 15 минут и экспекторат собирали в течение суток.

Доставленный различными способами патологический материал изучался сравнительно бактериоскопическим методом при помощи флотации, приготовлением препаратов из осадка, полученного центрифугированием хорошо разжиженного материала. Дополнительно были сделаны также посевы на яично-аспарагиновую среду. Окрашивание препаратов производилось по методу Циль-Нильсена.

Результаты исследований позволяют сделать следующие выводы;

1. Выздоровливающих от легочного туберкулеза, прежде чем признать их не выделяющими микобактерий, необходимо тщательно обследовать.

2. При сборе материала для диагностического исследования больных легочным туберкулезом, в случаях невыделения ими мокроты, метод провокации экспекторации вдыханием аэрозоля имеет преимущество по сравнению с исследованием содержимого желудка натошак и промывных вод бронхов, ввиду того, что он менее беспокоит больных и дает сравнительно лучшие результаты.

3. Исследование центрифугата хорошо разжиженного экспектората не дает менее положительных результатов по сравнению с флотационным методом.

4. Наряду с методом культивирования микобактерий для диагностики туберкулеза можно пользоваться и методом заражения тестиса морской свинки, который дает возможность обнаружить туберкулезные микобактерии в материале, содержащем их в незначительном количестве, начиная с пятого дня инфицирования.

LASTE PEA- JA SELJAAJU VEDELIKU SUHKRUSISALDUSEST TUBERKULOOSSE ja VIIRUSMENINGIIDI PUHUL

L. Sildver

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria, sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja töö teostamise ajal meditsiiniteaduste kandidaat Z. Saar, ning neuroloogia kateedrist, juhataja meditsiiniteaduste kandidaat E. Raudam)

Tuberkuloosse meningiidi diagnoosimisel ja ravi efektiivsuse hindamisel omavad pea- ja seljaaju vedeliku muutused otsustavat tähtsust. Viiruslike neuroinfektsioonide diferentsiaaldiagnostiliste raskuste tõttu on sageli möödapääsmatu korduv pea- ja seljaaju vedeliku uurimine.

Kirjanduses on palju andmeid laste pea- ja seljaaju vedeliku tsütoloogilistest ja keemilistest muutustest tuberkuloosse meningiidi puhul. Pea- ja seljaaju vedeliku tsütoloogilisi ja keemilisi muutusi on aga vähe jälgitud regulaarselt ja dünaamiliselt. Erinevate autorite andmeil on pea- ja seljaaju normaalse vedeliku suhkrusisaldus väga erinev (45—80 mg %). M. B. Tsukeri (1) andmeil sisaldab pea- ja seljaaju normaalne vedelik suhkrut 50—60 mg %, kusjuures ajuvedeliku suhkrusisalduse ja vere suhkrusisalduse suhe on 1 : 2. D. A. Šamburovi (4) järgi moodustab pea- ja seljaaju vedeliku suhkrusisaldus 50—80 % vere suhkrusisaldusest. Tuberkuloosse meningiidi puhul suhkrusisaldus langeb tavaliselt alla 30 mg %, vahel isegi kuni nullini. Kirjanduse andmed suhkrusisalduse languse põhjuste kohta ei ühti. L. M. Model ja tema kaastöötajad (2) peavad suhkrusisalduse languse põhjuseks ajukelmete põletikulisest protsessist tingitud glükolüütilise fermendi kuhjumist ajuvedelikus, kui ka üldisest tuberkuloosest intoksikatsioonist tingitud suhkruainevahetuse häiret. J. Sifontesi ja kaastöötajate järgi (8) võib madala suhkrusisalduse põhjuseks olla kolm faktorit: 1. glükoosi ärakasutamine leukotsüütide ja bakterite poolt; 2. bakteriaalsetest ensüümidest tingitud glükolüüs; 3. hematoentsefaalse barjääri läbilaskvuse vähenemine. D. A. Šamburovi (4) arvates ei saa ajuvedeliku suhkrusisalduse vähenemist seostada ainult suhkruainevahetuse häirega kesknärvisüsteemis või suhkru mitteüllaldase tungimisega verest pea- ja seljaaju vedelikku. Tema arvates on suhkrusisalduse vähenemise põhjuseks suhkru suurenenud lõhustamine bakterite poolt, kuid võimalik ka põletikuliste rakkude poolt. A. A. Jefimova (3) ja A. J. Rabuhhin kaastöötajatega (5) täheldasid paralleelsust haiguse raskuse ja vähese suhkrusisalduse vahel, mistõttu liikvori suhkrusisaldust on kasutatud haiguskulu raskuse hindamiseks.

L. M. Model kaastöötajatega (2) rõhutab suhkruisalduse tunduvald kõikumisi haiguskulu vältel. Samad autorid peavad suhkruisalduse langust pea- ja seljaajuvedelikus patognoomiliseks tuberkuloossele meningiidile. I. E. Sorkini (6) andmeil on normaalne või normist kõrgem suhkruisaldus pea- ja seljaaju vedeliku stabiilseks näitajaks, mis räägib tuberkuloosse meningiidi vastu. M. Ladõžinski (7) andmeil puudub suhkur ajuvedelikus tuberkuloosse meningiidi puhul täielikult. Paljud autorid märkivad suhkruisalduse langust ajuvedelikus streptomütsiini subarahnoidaalsel manustamisel.

Käesoleva töö ülesandeks on:

1. Selgitada, millist tähtsust omab pea- ja seljaaju vedeliku suhkruisaldus tuberkuloosse meningiidi varajasel diagnoosimisel.

2. Jälgida pea- ja seljaaju vedeliku suhkruisalduse dünaamikat ja normaliseerumist, et hinnata tuberkuloosse meningiidi kliinilist kulgu, ravi tõhusust ja määrata prognoos.

Uuritavaiks olid 31 Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas viibivat meningiidahaiget last vanuses 6 kuud kuni 14 aastat. Neist oli 20 lapse tuberkuloosne meningiit (kahel esimene retsidiiv); 8 lapsel viirusmeningiit (neist oli kolmel epideemiline parotiit meningiidiga ja viiel lapsel akuutne viirusmeningiit) ja 3 lapsel tuberkuloosne toksikoallergiline meningiit. Käesolevas töös määrati suhkruisaldus pea- ja seljaaju vedelikus Hagedorn-Jensen'i meetodi Fušita' modifikatsiooni alusel hiljemalt 2 tundi pärast ajuvedeliku eemaldamist. Liikvori suhkruisaldus määrati tuberkuloosse meningiidiga haigetel regulaarselt 1., 2., 3. ja 4. ravipäeval; hiljem 8 korda ülepäeviti kuni 20. ravipäevani ning 20. ravipäevast alates 10-päevaste intervallidega kuni 100. ravipäevani; pärast seda 1 kord kuus kuni liikvori koostise täieliku normaliseerumiseni; hiljem määrati suhkruisaldus kontrollpunktsioonidega eemaldatud pea- ja seljaaju vedelikus. Üldse uuriti 20 tuberkuloosse meningiidiga last, kellel liikvori suhkruisaldus määrati 283 korral: igal paranenul keskmiselt 20 korda (tabel 1). Normaalseks peeti suhkruisaldust liikvoris üle 45 mg %, mis vastab kirjanduse andmeil normaalse suhkruisalduse minimaalsetele väärtustele. Kahekümnest tuberkuloosse meningiidiga uuritust paranes kliiniliselt 13 last, neist ühel tekkis meningiidi eksatserbatsioon, millele järgnes samuti kliiniline paranemine; 7 last suri (tabel 1). Ravi oli kompleksne, antibakteriaalsetest preparaatidest kasutati streptomütsiini intramuskulaarselt, ftivasiidi ja paraamiinosalitsüülhapet peroraalselt. Kõigile lastele manustati ravimeid ka endolumbaalselt. 15 lapsele manustati endolumbaalselt ainult streptomütsiini, mõlemale tuberkuloosse meningiidi retsidiiviga lapsele ainult salüsiidi, kolmele lapsele algul streptomütsiini, hiljem salüsiidi.

Kolmeteistkümnest tuberkuloossest meningiidist paranenud haigest oli esimestel liikvori uurimistel suhkruisaldus langenud 12 lapsel. Ühel lapsel oli liikvori suhkruisaldus normaalne kuni kümnenda haiguspäevani (keskmiselt 50 mg %); suhkruisalduse langus algas 10-nda ja 12-nda haiguspäeva vahel. Kliiniliselt arenes tuberkuloosse meningiidi basilaarne vorm.

Enne endolumbaalset ravi oli 8-l paranenul liikvoris normist madalam suhkruisaldus 36—29 mg %, 4-l paranenul 25—18 mg %. Paranenutest oli suhkruisaldus tunduvalt madalam hilinenult hospitaliseeritud lastel, kellel kliinilisele ravile tulekul esinesid rasked kortikaalse pidurduse nähud ja neuroloogilised ärajäämanähud. Seitsmel surmaga lõppenud haigusjuhul ei ületanud liikvori suhkruisaldus hospitaliseerimisel 22 mg %, olles 3-l lapsel väga madal — 6 kuni 12 mg %.

Viiel lapsel oli võimalik liikvori suhkruisaldust määrata juba esimesel 3.—6. haiguspäeval, neist 4-l lapsel esines mõõdukalt kuni (36—30 mg %) langenud suhkruisaldus, ühel lapsel oli aga juba 6. haigus-

päeval suhkruisaldus liikvoris langenud 18 mg %-ni. Ühel lapsel esines 16 ravipäeva jooksul progresseeruv suhkruisalduse langus 29 mg %-lt 18 mg %-ni, millele kliiniliselt järgnes 32. haiguspäeval spastiline hemiparees. Ühel lapsel, kellel liikvori teised näitajad normaliseerusid 4. haiguskuul, püsis liikvori suhkruisaldus tõusutendentsita subnormaalsena kogu uurimise vältel, millele 6. haiguskuul järgnes tuberkuloosse meningiidi eksatserbatsioon. Samal lapsel oli liikvoris suhkruisaldus langenud ka veel 7. haiguskuul, hiljem seda ei määratud. Seega omab vähenenud suhkruisaldus liikvoris tuberkuloosse meningiidi esimesel haigusnädalal enamikul juhtudest varajast diferentsiaaldiagnostilist tähtsust. Progresseeruv suhkruisalduse langus või püsiv madal väärtus eeldavad haigusliku halvenemist.

Enne liikvori suhkruisalduse esimest määramist ei olnud ühelgi juhul ravimit subarahnoidaalselt manustatud. Määramistel selgus, et kõigil tuberkuloosse meningiidiga lastel järgnes subarahnoidaalsele streptomütsiini või salüsiidi manustamisele liikvori suhkruisalduse langus 6—12 mg % võrra algväärtusest. Seega põhjustavad subarahnoidaalselt viidud streptomütsiin ja salüsiid ka ise liikvori suhkruisalduse teatavat langust.

Haigetel, kellel ravimist alustati esimesel seitsmel haiguspäeval, langes keskmine suhkruisaldus alla 30 mg % ainult kahe esimese ravinädala jooksul. Haigetel, kellel ravimist alustati 8-ndal kuni 21-sel haiguspäeval, püsis keskmine suhkruisaldus alla 30 mg % 40. ravipäevani, kusjuures langus oli tugevam kui esimesel haigusnädalal hospitaliseeritutel. Seega sõltus suhkruisalduse languse dünaamika raviga alustamise ajast: esimesel haigusnädalal esines hospitaliseeritutel suhkruisalduse langus lühemaajaliselt, hiljem hospitaliseeritutel kestis suhkruisalduse langus tunduvalt kauem. Individuaalselt esines kõigil paranenutel ravi vältel kõikumisi ajuvedeliku suhkruisalduses.

Enamikul haigetest esines seos antibakteriaalse raviga alustamise päeva ja suhkruisalduse normaliseerumise aja vahel. Mõnel juhul selline seos puudus, näiteks ühel kuuendal haiguspäeval hospitaliseeritud lapsel normaliseerus liikvori suhkruisaldus 24-ndal haigusnädalal. Kõige varem normaliseerus suhkruisaldus 5. haigusnädalal; pooltel uurimisalustest normaliseerus suhkruisaldus 4. haiguskuul; kõige hiljem normaliseerus suhkruisaldus 6. haiguskuul. Keskmiselt normaliseerus suhkruisaldus liikvoris 16. haigusnädalal. Letaalselt lõppenud juhtudel esines madal liikvori suhkruisaldus tõusutendentsita kogu kliinilise ravi vältel. Järelikult on püsivalt madal suhkruisaldus liikvoris halvaks prognostiliseks tunnuseks.

Samaaegselt määrati samadel haigetel liikvori kloriididesisaldus. Uuritud 20-st tuberkuloosse meningiidiga lapsest oli 17-l haiguse ajal paralleelsus liikvori suhkru ja kloriididesisalduse languses. Kolmel lapsel esines langenud suhkruisaldusega samaaegselt normaalne kloriididesisaldus liikvoris. Seejuures suhkruisaldus normaliseerus hiljem kui kloriididesisaldus. Viirusmeningiidi ja tuberkuloosse toksikoallergilise meningiidiga haigetel oli kõigil liikvori kloriididesisaldus normaalne.

Paralleelselt liikvori suhkruisalduse määramisega uuriti trüptofaanreaktsiooni. Trüptofaanreaktsioon, mida peetakse mõnede autorite poolt patognoomiliseks tuberkuloossele meningiidile, oli positiivne 20-st tuberkuloosse meningiidiga haigest 19-l. Kõigil viirusmeningiidi haigetel oli trüptofaanreaktsioon liikvoris negatiivne; tuberkuloosse toksikoallergilise meningiidiga haigetest 2-l negatiivne, ühel nõrgalt positiivne. Ajuvedeliku suhkruisalduse normaliseerimine toimus enamikul haigetest hiljem kui trüptofaanreaktsiooni negatiivseks muutumine. Seega omab liikvori keemilisest koostisest suhkruisalduse määramine suurt diferentsiaaldiagnostilist tähtsust.

Järgnevalt uuriti kolme tuberkuloosse toksikoallergilise meningiidiga haiget, kelle suhkrusisaldust liikvoris määrati 30 korral. Lumbaalpunktsioone tehti korduvalt, et kliinilise observatsiooni käigus teisi meningiite lõplikult välja lülitada. Kahel lapsel uuriti liikvorit esimest korda 3. ja 4. haiguspäeval, ühel lapsel polnud võimalik meningiidi algust täpselt määrata. Algul oli kõigil kolmel liikvori suhkrusisaldus normaalne. Kahel lapsel, kellel endolumbaalset ravi ei rakendatud, jäi kogu pödemise ajaks liikvori suhkrusisaldus normaalseks. Ühel lapsel, kellel kohe alustati endolumbaalse streptomütsiiniraviga, langes suhkrusisaldus ühekordselt subnormaalsele väärtusele — 34 mg %; 8-ndal haiguspäeval oli liikvori suhkrusisaldus normaalne — 47 mg %. Diferentsiaaldiagnoosimisel omas kõigil kolmel juhul otsustavat tähtsust liikvori keemiline koostis, eriti normaalne suhkrusisaldus.

Tabel 1

Uuritavate laste arv ja nende ajuvedeliku suhkrusisaldus

Diagnoos	uuritute arv	ajuvedeliku suhkrusisaldus mg%			uuringute arv
		maksimaalselt langenud		normaalne	
		<25	25—45	45—80	
Tuberkuloosne meningiit:					
paranenud juhud	13	6	7	—	256
surmajuhud	7	7	—	—	27
kokku	20	13	7	—	283
Viirusmeningiit	8	—	2	6	17
Tuberkuloosne toksikoallergiline meningiit	3	—	—	3	30
Kokku	31	13	9	9	330

Kõik viirusmeningiidiga uurimiselused tervistusid. Liikvori suhkrusisaldus määrati 7 lapsel ainult ühekordselt ja ühel lapsel 10 korral (tabel 1). Liikvori suhkrusisaldus oli normaalne 6-l lapsel, kahel lapsel oli liikvori suhkrusisaldus langenud; neist ühel akuutse viirusmeningiidiga lapsel oli võimalik määrata liikvori suhkrusisaldust 10 korda, kuna esialgsete diferentsiaaldiagnostiliste raskuste tõttu teostati lapsel korduvaid lumbaalpunktsioone. Diagnostilise lumbaalpunktsiooni puhul eemaldatud liikvoris oli suhkrusisaldus langenud 34 mg %-ni, endolumbaalselt viidud streptomütsiinile järgnes langus 25 mg %-ni, millele järgnes kiire normaliseerumine 54 mg %-ni 25. ravipäevaks. Seega esineb liikvori suhkrusisalduse langus ka teise etioloogiaga meningiitide puhul.

Järeldused

1. Tuberkuloosse meningiidi diferentsiaaldiagnostikaks tuleb määrata pea- ja seljaajuvedeliku suhkrusisaldus.
2. Suhkrusisalduse langus liikvoris omab tuberkuloosse meningiidiga haigetel enamikul juhtudest varajast diferentsiaaldiagnostilist tähtsust.
3. Liikvori suhkrusisaldus on tuberkuloosse meningiidiga haigetel olulisema varajase diferentsiaaldiagnostilise tähtsusega kui kloriidide-sisaldus ja trüptofaanreaktsioon.

4. Suhkrusisalduse langus liikvoris ei ole tuberkuloosse meningiidi absoluutne sümptoom, sest üksikutel haigetel on suhkrusisaldus tuberkuloosse meningiidi puhul normis, viirusmeningiidi puhul aga langenud.

5. Subarahnoidaalselt manustatud streptomütsiin ja salüsiid põhjustavad liikvori suhkrusisalduse teatavat langust.

6. Tuberkuloosse meningiidi lõplikuks diagnoosimiseks on mõnikord vaja korduvate määramistega jälgida liikvori suhkrusisalduse dünaamikat.

7. Liikvori suhkrusisaldus on väärtuslikuks näitajaks tuberkuloosse meningiidi prognoosi määramisel.

8. Liikvori suhkrusisalduse languse tugevus ja kestus sõltuvad ravi alustamise ajast ja haigusprotsessi raskusest.

KIRJANDUS. 1. Цукер М. Б. Основы невропатологии детского возраста. Медгиз, М., 1947, 180. — 2. Модель Л. М., Гольфанд Р. А., Иоффе Р. А. Стрептомицин в терапии туберкулеза, 1949, 133—142. — 3. Ефимова А. А. Педиатрия 4, 1952, 34—41. — 4. Шамбуров Д. А. Спинномозговая жидкость. М., 1954, 107—110. — 5. Рабухин А. Е., Василевич Н. О., Лурье З. Л. Стрептомицин в терапии туберкулеза. 1949, 85—103. — 6. Соркин И. Э. Проблемы туберкулеза 1, 1954, 15—21. — 7. Ладыжинский М. Туберкулезный менингит, его диагностика и лечение, 1952. — 8. Sifontes, J., Brooke, W., Lincoln, E., Clements, H. Современные проблемы туберкулеза 3 (27), 1954, 28—30.

О СОДЕРЖАНИИ САХАРА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ И ВИРУСНЫМ МЕНИНГИТАМИ

Л. Сильдвер

Резюме

Нами исследован был 31 больной ребенок в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Из них 20 болели туберкулезным, 8 — вирусным и 3 — туберкулезным токсикоаллергическим менингитом.

Определение сахара в спинномозговой жидкости у детей, больных туберкулезным менингитом, проводилось регулярно в течение всего времени их пребывания в клинике. В течение первой недели исследования проводились на первый, второй, третий и четвертый день от начала лечения, затем, вплоть до двадцатого дня лечения — через день; начиная с двадцатого дня — один раз в 10 дней и в дальнейшем — один раз в месяц.

У детей, больных вирусным менингитом, исследование на содержание сахара проводилось однократно, за исключением одного случая.

У детей, больных туберкулезным токсикоаллергическим менингитом, определение сахара в спинномозговой жидкости проводилось многократно вплоть до установления диагноза.

У 19 детей, больных туберкулезным менингитом, установлено было пониженное содержание сахара в спинномозговой жидкости уже на первой неделе заболевания и только у одного ребенка падение содержания сахара наступило лишь после десятого дня заболевания. Особенно низким содержание сахара было у поздно госпитализированных детей и при тяжелых формах заболевания с летальным исходом (в семи случаях). При этом падение содержания сахара приостанавливалось ранее и нормализация содержания его происходила значительно быстрее у больных, госпитализированных в течение первой недели заболевания. Из восьми детей с вирусным менингитом содержание сахара в спинномозговой жидкости оказалось нормальным у шести. В пределах нормы было его и во всех случаях заболевания токсикоаллергическим туберкулезным менингитом.

Выводы:

1. Определение содержания сахара в спинномозговой жидкости имеет значение для дифференциальной диагностики туберкулезного менингита.
2. Особенно ценное дифференциально диагностическое значение имеет падение сахара в спинномозговой жидкости в первые дни заболевания.
3. Пониженное содержание сахара в спинномозговой жидкости не является абсолютным признаком туберкулезного менингита, так как это наблюдается в единичных случаях и при вирусном менингите.

4. Для окончательного диагноза туберкулезного менингита необходимо, в сомнительных случаях, наблюдение за динамикой содержания сахара в спинномозговой жидкости.
5. Динамика колебания уровня сахара в спинномозговой жидкости имеет определенное прогностическое значение.
6. Интенсивность падения уровня сахара в спинномозговой жидкости и сроки нормализации находятся в зависимости от своевременного лечения.

EOSINOFIILIDE ESINEMISE JA LEUKOTSÜTOOSI MUUTUMISE DÜNAAMIKAST PERIFEERSES VERES SEOSSES TONSILLEKTOOMIAGA

E. Siirde, A. Jents, K. Gerassimova

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedrist,
juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent E. Siirde)

Tonsillaarprobleem on aktuaalseks probleemiks meditsiinis. See nõuab mandlite normaalse ja patoloogilise füsioloogia küsimuste, eriti reumatismi etiopatogeneesi selgitamist, mis seni pole veel lõplikult lahendatud.

Kaasajal omistatakse kurgumandlitele kaitseülesannet kehha sissetungiva infektsiooni vastu. Kaitsebarjääri kahjustumisel infektsiooni tagajärjel võivad kurgumandlid osutada reumaatiliste haigestumiste koldeks.

Arvatakse, et mandleist lähtuva reumaatilise haigestumise tekkepõhjuseks võib olla kas mikroobide levimine väljapoole (kroniosepsis), toksiinide toime, mandleist lähtuvate allergeenide toime või refleksmehhanism mandlireseptorite ärrituse tulemusena.

Miks ühel juhul tekib seoses tonsilliidiga reumaatiline haigestumine, teisel juhul mitte, see on küsimus, millele ei ole veel kindlat vastust. Selleks peavad olema aga mitmesugused soodustavad asjaolud. Eeskätt mõtleme siinjuures organismi üldisele kui ka kohalikule reaktiivsusele.

On kindlaks tehtud, et krooniline tonsilliit ja sellega seoses olev reumatism võib põhjustada nihkeid mitmesugustes biokeemilistes kui ka morfoloogilistes näitajates.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedri kliinilises baasis on viimastel aastatel tonsillaarprobleemi jälgitud rea vereuuringute varal ja seda peamiselt seoses tonsillektoomiaga, mis kui trauma võib anda dünaamilisi nihkeid mitmesugustes biokeemilistes protsessides.

Nii on seni jälgitud enne ja pärast tonsillektoomiat settereaktsiooni muutusi, valgeverepildi muutusi, [E. Siirde ja S. Sibul (1)] ja endotelioosi küsimusi Waldmani kupuproovi ning Mesteri reaktsiooni abil [V. Aimre, M. Möldre, V. Noor ja A. Sapert (2)]. Nimetatud tähelepanekud näitavad, et tonsillektoomia põhjustab dünaamilisi muutusi neis näitajates, mis viitab reumatismi ja kurgumandlite vahelisele seosele.

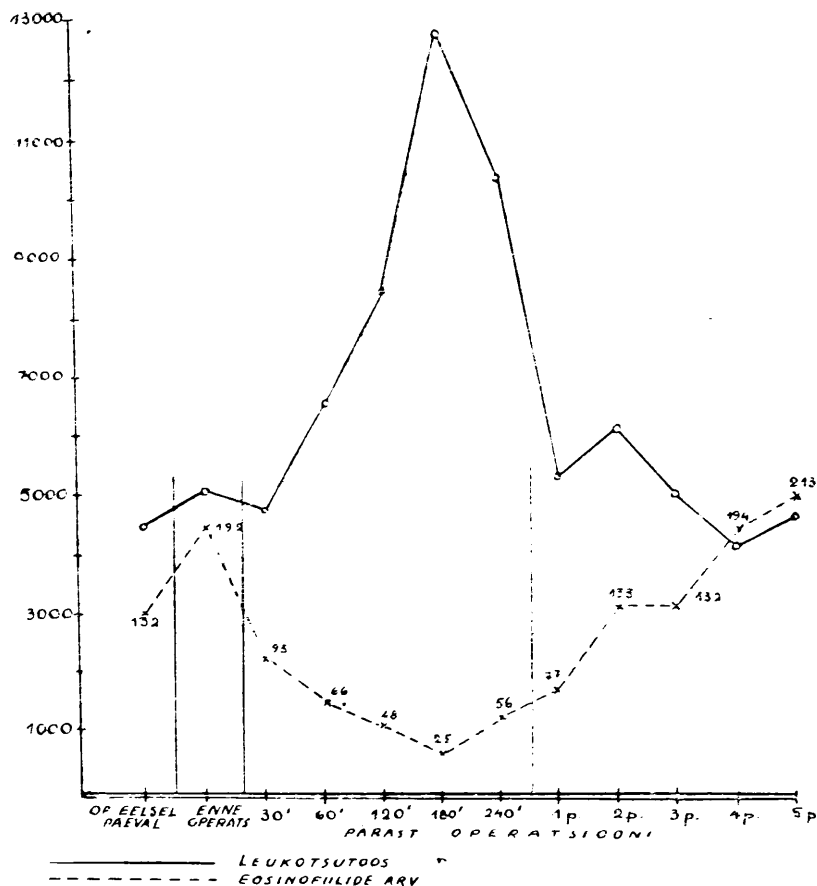
Käesoleva töö ülesandeks oli jälgida kurgumandlite seost reumatismiga organismi reaktiivsuse muutuste taustal. Jälgisime eosinofiilide esinemise ja leukotsütoosi muutusi perifeerses veres seoses tonsillektoomiaga, mille kohta me ei leidnud andmeid kirjandusest.

Eosinofiilsete leukotsüütide esinemise dünaamikat organismi reaktiivsuse näitajana on uurinud K. Kõrge (3,4), kelle järgi eosinofiilide hulga tõus organismis on seoses reaktsiooni nihkumisega hüperergia suunas ja langus hüpöergia suunas. Selle aluseks on üle subkorteksi kulgev neurohumoraalne reaktsioon. Leukotsütoosi muutusi tsentraalreflektorsete mehhanismide taustal uuris E. Raudam (5).

Analoogilise vaatluse eosinofiilide esinemise ja leukotsütoosi muutustest perifeerses veres seoses maoresektsooniga teostas V. Valdes (6).

Meie vaatlusalusteks oli 23 haiget, kes tonsillektomeeriti kroonilise tonsilliidi puhul; neist 11 haigel esinesid mitmesugused reumaatilist laadi liigeste- ja närvivalud, samuti südamehäired. Domineeris noorem igä 13—29 aasta vahel, ainult üks haige oli üle 30, teine üle 40 aasta vana.

Vaatlusalustel määrati leukotsüütide ja eosinofiilide arv Dungeri meetodiga üks päev enne operatsiooni, vahetult enne operatsiooni ja pärast operatsiooni 0,5, 1, 2, 3, 4, vahel ka 5 ja 6 tunni möödumisel. Edas-



Joon. 1. Pärast tonsillektoomiat esinev leukotsütoosi suurenemine samaaegse eosinofiilide arvu vähenemisega.

pidi määrati leukotsüütide ja eosinofiilide arv üks kord iga päev viie päeva jooksul pärast operatsiooni, s. o. nii kaua kui haige viibis kliinilisel ravil. Verd võeti hommikuti enne sööki. Vaatlemisel jälgiti temperatuuri, settereaktsiooni ja kogu kliinilise pildi muutusi; peeti silmas põhjusi (nugilised, medikamendid), mis võiksid mõjustada uuritavat dünaamikat.

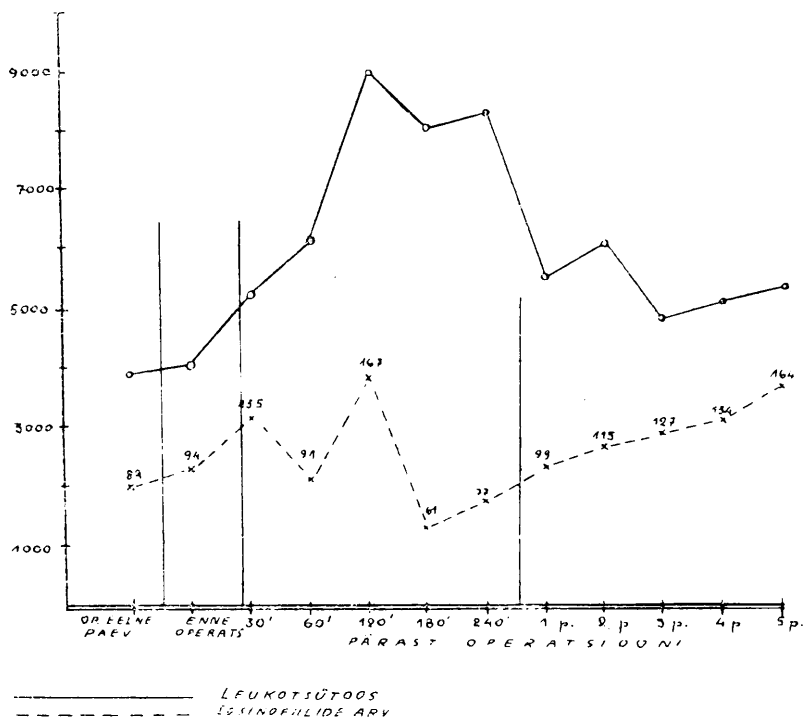
Meie vaatlusalustel kõikus leukotsütoos operatsioonieelsesel päeval 4000—57000 vahel, mis vastab normile. Eosinofiilide kohta olid andmed hoopis laialivalguvamad, kõikudes 0—242-ni.

Operatsioonipäeval enne tonsillektoomiat leukotsütoos mõnel juhul pisut langes, mõnel juhul pisut tõusis, mistõttu mingit seaduspärasust ja oletatavaid reflektorseid mõjustusi välja lugeda ei saanud. Sama kehtib ka eosinofiilide kohta.

Iseloomulikumad muutused leukotsütoosi ja eosinofiilide esinemises hakkavad ilmnema alles pärast operatsiooni.

Pärast operatsiooni võib kindlaks teha teatud seaduspärasuse juba samal päeval: leukotsütoos tõuseb reeglipäraselt, suuremal või vähemal määral ja eosinofiilide arv kas väheneb või suureneb; leukotsütoos võib kõikuda suurte hüpetega, ületades algväärtuse isegi kolmekordselt; näiteks oli ühel juhul enne operatsiooni leukotsüüte 5400, 30 minutit pärast tonsillektoomiat 9250 ja 2,5 tundi hiljem juba 18700; 3,5 tunni pärast aga jälle 7850.

Eosinofiilide arv vähenes pärast operatsiooni 14 juhul, pooltel juhtudest kadus see täiesti (näiteks 286-lt nullini). 2—3 tundi hiljem tekkisid eosinofiilid uuesti perifeersesse verre.



Joon. 2. Leukotsütoosi vähenemine pärast tonsillektoomiat samaaegse eosinofiilide arvu suurenemisega.

Ülejäänud 9 juhul olid muutused eosinofiilide hulgas analoogilised muutustega leukotsütoosis, s. o. koos leukotsütoosi suurenemisega tõusis ka eosinofiilide arv, saavutades maksimumi 2 tundi pärast operatsiooni (näiteks 66-lt 418-ni).

Päevadel pärast operatsiooni esines iseloomulik leukotsütoosi lange-mistendents mõningate kõikumistega, samaaegse eosinofiilide tõusuga, mis mõnel juhul oli isegi väga suur ja ületas algväärtused mitmekordselt (joonised 1 ja 2).

Mis põhjustab leukotsütoosi ja eosinofiilide hulgas selliseid kahe-suguseid kindlasuunalisi muutusi, on küsimus, millele me antud vaatluste põhjal veel ei saa anda kindlat vastust. Taolisi leukotsütoosi kõikumisi nii lühikese aja vältel võiks seletada reflektorsete mehhanismidega, mida põhjustab valu, hirm või anesteesia. Operatsioonijärgsetel päevadel võib aga arvesse tulla ka haavade regeneratsiooniprotsess laguproduktide resorptsiooniga, või vihjab see veel millelegi muule, seda näitavad edaspi-dised vaatlused.

Samuti pole võimalik leukotsütoosi ja eosinofiilide esinemise muutuste dünaamika alusel teha kindlamaid oletusi selle kohta, kas ühel või teisel juhul võis olla tegemist tonsillide ja reumatismivahelise seosega, sest nimetatud dünaamika erinevaid omapärasusi esineb nii kroonilise tonsilliidi kui ka reuma puhul.

Meie tähelepanekud ühtivad V. Valdesse (6) uurimistega maoresektiooni postoperatiivse perioodi kohta, kus samuti ilmnes leukotsütoosi tõus ja samaaegne eosinofiilide langus.

Eosinofiilide kadumine perifeersest verest võib siiski omada teatud tähtsust postoperatiivsel perioodil. See ilmnes selgesti ühe meie patsiendi juures, kelle diagnoosiks oli *spondyloarthritis deformans*, *plexitis brachialis* ja *polyneuralgia*. Pärast operatsiooni esines tal parenhümatoosne verejooks ja operatsioonipäeval ning järgneval päeval ka kõrgenenud kehatemperatuur 38° piires. Süstiti penitsilliini, mis tekitas urtikaaria, mis kadus pärast penitsilliini ärajätmist ja klooralkaltsiumi süstimist. Ka teisel juhul, kus pärast operatsiooni esines pikemaajaline veritsemine, kadusid eosinofiilid 1,5 tundi pärast tonsillektoomiat ja ka hiljem oli eosinofiile vähem.

On põhjust arvata, et eosinofiilide kadumine perifeersest verest võiks vihjata komplikatsioonide tekkimise võimalusele.

Need tähelepanekud muutuste kohta leukotsütoosi ja eosinofiilide esinemise dünaamikas pärast tonsillektoomiat tõendavad teatud reeglipäraseid nihkeid, mis tõenäoliselt näitavad organismi reageerimisviisi.

J ä r e l d u s e d

1. Pärast tonsillektoomiat esineb perifeerses veres leukotsütoosi ja eosinofiilide dünaamikas reeglipäraseid muutusi.

2. Samal päeval pärast tonsillektoomiat esineb reeglipäraselt leukotsütoosi tõus kas üheaegselt eosinofiilide arvu vähenemise või suurenemisega. Operatsioonijärgetel päevadel ilmneb leukotsütoosi vähenemise ja eosinofiilide arvu suurenemise tendents.

3. Muutused perifeerse vere leukotsüütide ja eosinofiilide arvus kajastavad nihkeid organismi individuaalses reaktiivsuses, kuid ei näita seost tonsillide ja reumatismi vahel. Eosinofiilide täielik kadumine perifeersest verest pärast operatsiooni võiks vihjata komplikatsioonide tekkimise võimalusele.

KIRJANDUS. 1. Siirde, E. ja Sibul, S. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 40, 159—171, 1956. — 2. Аймре В., Мельдрэ М., Ноор В. и Саперт А. Тезисы докладов научной конференции оториноларингологов Эстонской, Литовской и Латвийской ССР. стр. 19—20, Рига, 1957. — 3. Кырге К. Х. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 4, 110—117, 1956. — 4. Kõrge, K. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 52, 63—77, 1957. — 5. Raudam, E. Tsentraalreflektorsest leukotsütoosist eriti entsefalograafia puhul. Väitekirj. Tartu, 1949. — 6. Valdes, V. Muutustest leukotsütoosis ja eosinofiilide esinemises perifeerses veres seoses maoresektiooniga. Ettekanne TRÜ ÜTÜ IX konverentsil 4. IV 55. Käsikiri. Tartu, 1955.

О динамике изменений количества эозинофилов и лейкоцитоза в периферической крови в связи с тонзиллэктомией

Э. Сийрде, А. Йентс, К. Герасимова

Резюме

Авторы статьи наблюдали изменения лейкоцитоза и количества эозинофилов в периферической крови в связи с тонзиллэктомией, чтобы выяснить связь воспаления небных миндалин с ревматизмом на фоне реактивности организма.

Под наблюдением находилось 23 больных, которым была произведена тонзиллэктомия по поводу хронического тонзиллита; из них у 11 были различные ревматические заболевания сердца, нервные и суставные боли. По утрам, до еды у наблюдаемых опре-

деляли число лейкоцитов и эозинофилов по методу Дунгера в предоперационный день, непосредственно перед операцией и через $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3 и 4 часа после операции, а также в каждые последующие дни до тех пор, пока больной находился в клинике (в среднем 5 дней).

Несмотря на малое количество больных, после тонзиллэктомии можно было констатировать некоторые характерные изменения в крови: 1) отмечается закономерное повышение лейкоцитоза в течение первого дня, а в последующие — понижение, 2) количество эозинофилов в день операции или увеличивается, или уменьшается; в последующие дни показывает тенденцию к повышению (см. рис. 1 и 2).

Выясняется, что динамика изменений лейкоцитоза и количества эозинофилов в периферической крови отражает индивидуальные сдвиги реактивности организма, но не отражает взаимосвязи миндалин с ревматизмом. Полное исчезновение эозинофилов в периферической крови постоперативно могло бы навести на мысль о возможности возникновения осложнений.

О КАРТИНЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ЛАМБЛИОЗЕ

Н. Эльштейн

(Из Таллинской республиканской больницы, главный врач М. Смирнова)

Учение о ламблиозе как о заболевании, возникающем вследствие патогенного воздействия на организм простейших паразитов-ламблий, существует около ста лет. Со времени опубликования Д. Ф. Ламблем своих наблюдений (1859) накопилось большое количество работ, из которых патогенное значение ламблий стало очевидным. Тем не менее, в учении о ламблиозе, особенно в его патогенезе и клинике, еще много спорного и неразрешенного.

В течение ряда лет, изучая ламблиозную болезнь, мы пытались обобщить данные, характеризующие картину периферической крови при этом заболевании. Наша работа — результат личных наблюдений, анализа историй болезней и амбулаторных карточек 150 больных ламблиозом — 79 женщин и 71 мужчины. От 18 до 30 лет было 63 больных, от 30 до 50 лет — 74 и от 50 до 75 лет — 13. Среди больных 56 были с поражением желчных путей или печени, 50 — с поражением кишечного тракта (преимущественно дуодениты или дуоденоэюниты), 38 — со смешанной формой ламблиоза («кишечно-печёночная») и 6, у которых ламблиоз проявлялся только функциональными расстройствами нервной системы.

Нельзя не обратить внимания на то, что литературные данные о влиянии ламблиозной инвазии на картину крови крайне разноречивы.

Так, в то время как Б. Н. Турбин, К. Маррей и Д. Кейер при ламблиозе в крови вообще никаких изменений не находили, Е. С. Малахов (2) считает, что для таких больных характерно наличие выраженного ядерного сдвига нейтрофилов вправо, абсолютная моноцитопения и замедление РОЭ, А. М. Семенов в 52,9% случаев выявил анемию с тенденцией к гиперхромии, склонность к лейкопении, лимфопении, моноцитозу и эозинофилии; последнюю отмечали также Х. Бенке, Х. Тайтге; М. Э. Винников находил ее только у одной трети больных, А. Н. Соклов эозинофилии вообще не обнаружил и т. д. Некоторые авторы наблюдали отдельных больных ламблиозом, у которых болезнь сопровождалась лейкомоидной реакцией. В одном случае ламблиозный холецистит протекал с реакцией лимфатического типа — л. 36.000, из них 75,5% лимфоцитов — и увеличением подмышечных лимфоузлов (В. А. Сенина), в другом — ламблиозный холецистит дал эозинофильную реакцию — л. 33.000, из них 73% эозинофилов (Н. Г. Рабинович). Гиперлейкоцитоз (л. 19.550, из них нейтрофилов 75%, малых лимфоцитов 12%, больших — 9% и моноцитов 4%) наблюдали Р. Колдер и Р. Ригдон у больного, страдавшего ламблиозом кишечника и желчных путей.

Данные, полученные при изучении гематологической картины у наших больных, сводятся к следующему: в белой крови при нормальном количестве лейкоцитов у 70% больных (в 16,7% случаев число лейкоцитов было меньше 5000 и в 13,3% — больше 8000), у 36% наблюдался увеличенный процент палочкоядерных нейтрофилов (6—18%), у 40% — лимфоцитоз (36—50%) и у 67,3% больных — эозинофилия 3—6% (реже 7—9%). Таким образом, эозинофилия крови — один из наиболее часто встречающихся гематологических признаков при ламблиозе. В основе ее следует предполагать аллергический генез. Ламблии фиксируются своим ротовым диском на эпителиальных клетках кишечника, причем на 1 см² слизистой кролика находили до 1 млн. вегетативных форм паразита. Становится очевидным, сколь велика травматизация слизистой, а как указывает Д. Н. Яновский (6) энтеральная сенсibilизация находится в прямой зависимости от степени повреждения кишечника. Если П. Уэльч отмечает после акрихинотерапии уменьшение эозинофилии, то мы, проводя исследование крови в динамике, в 25 случаях смогли заметить обратное: по мере улучшения состояния и исчезновения жалоб процент эозинофилов нарастал. Возможно, это связано с дополнительным поступлением в организм продуктов распада ламблий, что влечет за собой увеличение аллергии.

Реакция оседания эритроцитов в 23,3% случаев была ускоренной (15—30 мм в час), в 16,7% — замедленной (1—4 мм в час) и в 60% — держалась в пределах нормы. Лейкоцитоз, как и ускоренная РОЭ чаще наблюдались при предполагающемся сочетанном патогенном влиянии ламблиозной инвазии и бактериальной инфекции (кишечной палочки, энтерококка), т. е. при наличии так называемого ламблиозно-бактериального комплекса (Н. А. Дехкан-Ходжаева).

Что касается красной крови, то наши выводы совпадают с мнением большинства авторов (Е. В. Пославского, А. Н. Соколова, П. Грюнайс и Е. Пильгерсторфер (8), Р. Рымничану, К. Петреску и др.), считающих, что ламблиозная инвазия приводит к гипохромной анемии. Н. Б. Щупак (4) в связи с этим подчеркивает, что «если при анемии гипохромного типа мы не всегда можем обнаружить её причину, следует вспомнить о возможности ламблиоза». У наблюдавшихся нами больных в 10,7% случаев гемоглобин был ниже 60% (доходя в отдельных случаях до 35—40%), в 61,3% был в пределах 60—65%, в 20% — 66—75% и в 8% — 76—80%.

Резких изменений со стороны количества эритроцитов не отмечалось. Цветной показатель, за исключением одного случая, был всегда меньше единицы. В развитии при ламблиозе гипохромной анемии имеет значение, по-видимому, ряд факторов: рефлекторное функциональное угнетение костно-мозгового кроветворения, нарушение функций системы пищеварения, возможный гиповитаминоз. Малокровие было больше выражено при кишечных формах ламблиоза (дуоденоэюниты, еюниты).

Только у одного больного встретилась гиперхромная пернициозноподобная анемия ламблиозной этиологии. Учитывая, что такие наблюдения носят исключительно редкий характер [А. В. Орлов (3), Н. Б. Щупак, Г. Гариш (7)], приводим выписку из его истории болезни:

Больной К-р, 35 лет, поступил в Таллинскую республиканскую больницу 5 июня 1951 г. с жалобами на резкую слабость, отсутствие аппетита, боли в нижней части живота, частый жидкий стул без крови и слизи. Считает себя больным с осени 1950 г. Лечился амбулаторно, улучшение в состоянии не наступило. В прошлом болел фурункулезом, других заболеваний не отмечает.

Объективно: истощен, очень бледен. Со стороны органов дыхания, кровообращения и мочеиспускания, нервной и эндокринной систем — без отклонений от нормы. Живот мягкий, болезненен в мезогастрii. Пальпируются нерезко увеличенные, мягкой консистенции, безболезненные печень и селезенка. Язык чистый, влажный. Температура субфебрильная. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки патологии не показало, желудочно-кишечного тракта — атрофический гастрит. Желудочный сок:

анацитас. При дуоденальном зондировании в порциях «А» и «В» слизь, небольшое количество лейкоцитов, порция «С» без особенностей. Исследование еюнального содержимого: во всех порциях большое количество инцистированных ламблий, эпителиальные клетки, лейкоциты (местами скоплениями). Кал (многократно): непереваренные растительные и мышечные волокна, следы крови; простейшие (в том числе ламблии) и яйца глистов не обнаружены; бактерии тифозно-паратифозной группы отсутствуют. Моча: сахара, белка или других патологических элементов нет, диастаза 32 ЕД. Кровь (при поступлении): гб. 52%, эр. 1.950.000, цветной показатель 1,33, л. 5800, п. 1%, с. 35%, э. 2%, лимф. 59%, мон. 3%; РОЭ 7 мм в час. Анизцитоз, пойкилоцитоз, мегалоцитоз, полихромазия.

Данные еюнального зондирования при сопоставлении их с остальной клинической картиной, жалобами и анализом крови позволили поставить диагноз ламблиозного дуоденоюнита, осложнившегося гиперхромной пернициозноподобной анемией.

Больному назначено лечение акрихином, кроме того получал витамины, камполон, препараты железа, переливалась кровь. Состояние тем не менее продолжало ухудшаться.

Следует в этой связи отметить, что А. В. Орлов и Г. Гарин, описавшие случаи пернициозноподобных анемий ламблиозной этиологии, отмечали особую тяжесть течения болезни у наблюдавшихся ими больных, которые скончались, несмотря на довольно энергичное лечение. Тяжелое течение заболевания встретилося и в описываемом нами случае.

К 12 июля 1951 г. гемоглобин падает до 40%, а число эритроцитов — до 1.550.000. Однако, начиная с 16 июля 1951 г. в состоянии больного намечается перелом. наступает улучшение и уже 24 июля 1951 г. картина крови выглядела следующим образом: гб. 54%, эр. 2.250.000, цветной показатель 1,2, л. 5100, п. 1%, с. 56%, э. 4%, лимф. 35%, мон. 4%, РОЭ 7 мм в час. Единичные мегалоциты, пойкилоцитоз. К этому дню нормализовались температура, аппетит, стул; больной прибавил в весе, исчезла слабость. Дуоденальное, еюнальное содержимое, кал — без патологии, ламблий нет. По собственному настоянию больной был выписан из стационара.

Два года К-р чувствовал себя хорошо. В 1953 г. — рецидив заболевания; в кале обнаруживается большое количество ламблий. Лечение акрихином и противоанемическими средствами привело к повторному исчезновению паразитов и всех болезненных проявлений.

В 1955 г. больной обследован амбулаторно. Кровь: гб. 64%, эр. 3.350.000, цветной показатель 0,95, л. 5200, РОЭ 16 мм в час. Состояние вполне удовлетворительное.

Наблюдения, подобные приведенным выше, представляют несомненный интерес. Даже в крупнейших руководствах по гематологии [Доуни, А. Тзанк и А. Дрейфус, И. А. Кассирский и Г. А. Алексеев (1) и др.] нет указаний, что простейшие паразиты могут явиться причиной анемии пернициозного типа.

Каков же предположительный патогенез возникшего в приведенном случае малокровия?

Влияние нарушений со стороны пищеварительного тракта на развитие анемических состояний известно давно. В своих клинических лекциях на это указывал еще С. П. Боткин. Что касается пернициозных и пернициозноподобных анемий, то их возникновение ставится в зависимость от обмена и усвоения организмом витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. Изучая различные механизмы, ведущие к недостаточности витамина В₁₂, Холстед (9) с соавторами пришли к заключению, что нормальной его абсорбции может препятствовать необычная кишечная флора. Г. А. Алексеев (1) и Н. Н. Плотников указывают, что нарушение усвоения витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в кишечнике лежит в основе глистной пернициозной анемии. Следует полагать, что инвазия простейших может играть ту же роль, что и глистная. Ф. Тигане описал случай гиперхромной пернициозноподобной анемии при амбиазе, связывая развитие малокровия с нарушением всасывания в кишечнике и обмена в печени витаминов группы В. Возможно, ламблии (и другие простейшие), как и глисты, используют или разрушают специфические антианемические факторы, что и может привести к пернициозноподобному малокровию. При этом нельзя не учитывать индивидуальные особенности макроорганизма [«скрытую неполноценность антианемической функции желудка» — Г. А. Алексеев (1)], объясняющие тот факт, что подобные анемические состояния развиваются не у всех носителей простейших паразитов (в данном случае — ламблий).

KIRJANDUS 1. Алексеев Г. А. Клиническая медицина, т. XXXII, 11, 15—24., 1954. — 2. Малахов Е. С. Врачебное дело, 2, 175—176, 1955. — 3. Орлов А. В. Северный медицинский сборник, т. 1, вып. 4—5, 425—428, 1928. — 4. Шупак Н. Б. Ламблиоз кишечных и желчных путей, Киев, 1952. — 5. Эльштейн Н. В. Клиническая медицина, т. XXXV, 2, 69—76, 1957. — 6. Яновский Д. Н. Некоторые аллергические заболевания, протекающие с эозинофилией. В кн.: Картина крови и ее клиническое значение, 264—272, Киев, 1957. — 7. Garin, Giovanni. Rev. clin. med., vol. 27, N. 23, p. 899—914, 1926. — 8. Grüneis, P. und Pilgerstorfer, E. Wiener Klinische Wochenschrift, N. 44, 991—993, 1939. — 9. Halsted, J. A., Swenseid, M. E., Lewis, P. M. and Gasster, M. Gastroenterology, 1956, 30, 1, p. 31—34. Реф.: Реферативный журнал иностранной медицинской литературы, 2, стр. 211, М., 1956.

PERIFEERSE VERE PILDIST LAMBLIOOSI PUHUL

N. Elšteín

Resümee

Töös analüüsitakse 150 lamblioosihaige haiguslugu ja ambulatoorset kaarti. $\frac{2}{3}$ juhtudest esines mõõdukas eosinofiilia (3—6%). Harvemini täheldati lümfotsütoosi (40%—díl juhtudest) ja kepptuumaliste neutrofiilide arvu suurenemist. Lambliate invasiooni puhul tekib tavaliselt samuti alaäge hüpokroomne aneemia. Mõnedel juhtudel on hemoglobiini langus tunduv.

TRICHOMONAS VAGINALIS'E BIOKEEMILISEST AKTIIVSUSEST

I. Laan,

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski)

Kirjanduses leidub küll palju andmeid urogenitaaltrakti trihhomoniaasi esinemissageduse, epidemioloogia, diagnostika ja ravimise kohta, kuid suhteliselt puudulikult on uuritud selle nii naistel kui ka meestel sageli esineva infektsiooni tekitajat. Nii ei tunta seni küllalt põhjalikult *Trichomonas vaginalis*'e füsioloogiat ja biokeemilisi omadusi, mis tunduvalt raskendab trihhomoniaasi patogeneesi-, profülaktika-, epidemioloogia- ning diagnostika- ja raviküsimuste lahendamist. Kuni Teise maailmasõjani ei saanud *Trichomonas vaginalis*'e biokeemilisi ja füsioloogilisi omadusi üksikasjaliselt uurida selle alglooma puhaskultuuride puudumise tõttu. Ka pärast selle küsimuse lahendamist antibiootikumide abil (15, 19), on *Trichomonas vaginalis*'e biokeemilisi omadusi uuritud võrdlemisi puudulikult ja sedagi enamikult juhtudest ainult üksikute tüvedel (16, 18, 20).

Seni puuduvad andmed *Trichomonas vaginalis*'e kui Genus *Trichomonas*'e ühe esindaja ja iseseisva liigi biokeemilise aktiivsuse kohta. Need andmed võimaldaksid seda alglooma lähemalt iseloomustada ja diferentseerida teistest inimeste ja loomade haigestumist põhjustavatest trihhomoonastest. Selle nii epidemioloogiliselt kui ka trihhomonaalsete infektsioonide diferentsiaaldiagnostika seisukohalt tähtsa küsimuse uurimiseks oli vaja välja töötada sobiv meetodika ja määrata haigetelt isoleeritud *Trichomonas vaginalis*'e sahharolüütilisi ja proteolüütilisi omadusi. Samuti püüdsime selgitada võimalikku seost *Trichomonas vaginalis*'e tüvede biokeemilise aktiivsuse, loompatogeensuse ja haigelte esinenud trihhomoniaasi kliinilise vormi vahel, sest kirjanduse andmeid ei ole kõik *Trichomonas vaginalis*'e tüved ühesuguste patogeensete omadustega (1, 2, 9, 14).

Meetodika. Biokeemilisi omadusi uurisime 19-l *Trichomonas vaginalis*'e tüvel, mis olid isoleeritud 6-lt trihhomonaalse kolpiidiga naishaigelt ja 13-lt trihhomonaalse uretriidiga meeshaigelt. Sahharolüütiliste omaduste määramiseks kasutasime kokku 14 järgmist nn. «suhkrut»: monosahhariididest — arabinooši, ksüloosi, ramnoosi, glükoosi ja galaktoosi, disahhariididest — maltoosi, laktoosi ja sahharoosi, trisahhariididest — rafinoosi, polüsahhariididest — tärklisi ning kõrgematest alkoholidest — glütseriini, manniiti, dultsiiti ja inosiiti.

Trichomonas vaginalis'e tüvede isoleerimiseks ja puhaskultuuride saamiseks kasutasime Terase (8, 10) poolt välja töötatud «TV-1» söödet ja meetodikat. Alglooma fermentatsioonil erinevaist suhkruist tekkiva happe määramisel kasutasime põhiliselt sama söödet, kusjuures sööme koostisse kuuluva maltoosi asendasime

uuritava suhkruga samas koguses. Happeproduktsoonist tingitud pH muutusi kultuurides määrasime iga päev potentsiomeetriliselt, kasutades selleks plaatinaelektroode ja kinhüdrooni.

Et suhkrute fermenteerumisel tekkivat gaasi ei olnud «TV-1» söötmes võimalik jälgida, modifitseerisime «TV-1» söötme koostist ja valmistamise meetodikat ning töötasime välja selleks otstarbeks sobiva tahke söötme, mille nimetasime söötmeks «TV-3» (3).

Eelkatsete põhjal pidasime vajalikuks uurida proteolüütilistest omadustest indooli, fenooli, ammoniaagi ja väävelvesiniku produtseerimist ning *Trichomonas vaginalis*'e denitrifitseerivaid omadusi. Selleks kasutasime söötmes «TV-1» kasvatatud trihhomoonaste puhaskultuure.

Haigetelt isoleeritud *Trichomonas vaginalis*'e tüvede patogeensust uurisime valgetel hiirtel, kasutades Terasse (10) soovitatud meetodikat katseloomade infitseerimiseks trihhomoonaste puhaskultuuridega. Iga tüvega infitseerisime intraperitoneaalselt 10 valget hiirt, võttes infitseerivaks annuseks 4 miljonit algloomat. Patoloogilise protsessi dünaamika jälgimiseks hiirte kõhuõõnes surmasime 2.—6. päevani iga päev ühe hiire, mis lahati kohe pärast surmamist. Ülejäänud hiired lahati pärast nende surma või surmati ja lahati 42. päeval pärast infitseerimist.

Töö tulemused. *Trichomonas vaginalis*'e tüvede sahharolüütiliste omaduste uurimisel selgus, et uuritud tüved kasvasid kõikides eespoolnimetatud süsivesikuid ja kõrgemaid alkohole sisaldavais «TV-1» söötmes ja produtseerisid neist hapet. Intensiivsemat happeproduktiooni kõikide tüvede korral täheldati maltoosi, tärklis- ja glükoosi sisaldavais söötmes. Neis söötmes tekkis enamiku trihhomoonasetüvede kasv teisel päeval, saavutades maksimumi tavaliselt juba 3-ndal päeval. Seevastu arabinoosi, galaktoosi, sahharoosi, rafinoosi, glütseriini, manniiti, dultsiiti ja inosiiti sisaldavais söötmes, kus algloomade kasv ja selle maksimum tekkis küll samal ajal, oli happeproduktiooni intensiivsus madalam kui eelmiste suhkrute puhul. Suhteliselt veelgi madalam oli happeproduktiooni intensiivsus enamikul tüvedest ksüloosi, ramnoosi ja laktoosi sisaldavais söötmes. Olgugi et algloomade kasv tekkis ka neid suhkruid sisaldavais söötmes teisel päeval, oli kasvu maksimum täheldatav alles 4. või 5. päeval. Seega oli siin aeg kasvu algusest kuni maksimumi tekkimiseni 2 kuni 3 päeva võrra pikem kui maltoosi, tärklis- ja glükoosi sisaldavais söötmes.

Määrates osal tüvedest happeproduktiooniga paralleelselt ka kultuuride tihedust selgus, et happeproduktiooni intensiivsus sõltus algloomade populatsioonist. Nii ilmnes, et kõikide suhkrute korral happeproduktioon viivitusastmes kas üldse puudus või oli väga vähene. Happeproduktioon intensiivistus aga järsult seoses algloomade makroskoopiliselt sedastatava kasvu algusega kultuurides. Ühel ajal kasvu maksimumiga võis täheldada ka kõige intensiivsemat happeproduktiooni. Koos liikuvate, viburitega trihhomoonaste arvu vähenemisega juba järgmisel päeval pärast kasvu maksimumi tekkimist, vähenes kohe ka happeproduktioon. Ka kultuuride edasisel jälgimisel ilmnes tihe seos liikuvate, viburitega trihhomoonaste arvu ja kultuuri happesuse suurenemise vahel.

Kõrvutades saadud tulemusi kirjanduses leiduvate andmetega, nähtub, et ka Trussell ning Johnson (20) täheldasid trihhomoonaste kõige kiiremat paljunemist ja intensiivsemat happeproduktiooni glükoosi, maltoosi ning tärklis sisaldavais söötmes. Osaliselt ühtivat meie tulemustest ka Teohharovi (7) uurimusega, kes leidis, et paremini lõhustasid trihhomoonased glükoosi, maltoosi ja tärklis. Ka Teohharov täheldas laktoosi sisaldavais söötmes suhteliselt nõrgemat algloomade kasvu ja happeproduktiooni. Erinevalt meie tulemustest ei lõhustanud sama autori andmeil *Trichomonas vaginalis*'e 60-st uuritud tüvest ükski arabinoosi, sahharoosi, dultsiiti, manniiti ja ramnoosi. Trihhomoonaste arvu kasv neid suhkruid sisaldavais söötmes oli vähene. Kas sellised lahkuminevad andmed on tingitud katsete meetodikast või hoopis selle algloomade biokeemilise aktiivsuse liigisisest erinevusest, saab selgitada alles suurema arvu tüvede sahharolüütiliste omaduste üksikasjalisel ja korduval uurimisel.

Seega võib nii meie kui ka teiste autorite tulemuste põhjal konstateerida, et *Trichomonas vaginalis* lõhustab intensiivsemalt glükoosi ja selle polümeere. Ainult happeproduktiooni põhjal aga ei saa selle alglooma üksikuid tüvesid lähemalt iseloomustada.

Meie poolt isoleeritud tüvesid võimaldas lähemalt iseloomustada suhkrute fermentatsioonil tekkiva gaasi määramine. Samuti nagu «TV-1» söötmeis, kasvasid uuritud tüved ka kõikides käesolevas töös kasutatud süsivesikuid ja kõrgemaid alkohole sisaldavais «TV-3» söötmeis. Tulemused näitasid, et kõige paremini ja kiiremini kasvab *Trichomonas vaginalis* maltoosi, tärklis- ja glükoosi sisaldavais «TV-3» söötmeis. Suhteliselt aeglasem oli kasv ksüloosi, rafinoosi ja glütseriini sisaldavais söötmeis.

Kui happeproduktiooni ja kasvu intensiivsuse põhjal täheldasime erinevusi ainult suhkrute vahel, siis suhkrute fermenteerimisel tekkiva gaasi järgi olid erinevused tunduvad ka üksikute tüvede vahel. Vaatamata sellele, et kõik tüved fermenteerisid suhkrutest hapet peaaegu ühesuguse intensiivsusega, ei produtseerinud samad tüved gaasi sugugi ühtlaselt.

TRICHOMONAS VAGINALIS'E TÜVEDE GAASI PRODUTSEERIMINE SUHKRUTEST

Suhkrud Tüved	Arabi- noos	Ksüloos	Ramnoos	Glükoos	Galak- toos	Maltoos	Laktoos	Sahha- roos	Rafinoos	Tärklis	Glütse- riin	Mannit	Dulsiit	Inosiit
1.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+	(-)	(-)
2.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	++	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	++	(-)	(-)
3.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	++	(-)	(-)
4.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+	(-)	(-)
5.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
6.	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
7.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10.	+	+	+	+	(-)	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11.	+	+	(-)	+	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+
12.	+	+	(-)	+	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+
13.	(-)	+	(-)	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+
14.	+	(-)	(-)	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+
15.	+	(-)	(-)	(-)	(-)	+	(-)	(-)	+	(-)	+	(-)	(-)	(-)
16.	(-)	(-)	(-)	(-)	+	+	+	(-)	(-)	(-)	+	+	+	(-)
18.	+	(-)	+	(-)	+	+	(-)	+	(-)	(-)	+	(-)	+	+
19.	+	(-)	(-)	(-)	+	+	+	(-)	(-)	+	(-)	(-)	+	+

Märkide seletusi: (-) gaasi ei tekkinud
 - gaasi tekkis
 — ei olnud katses

Gaasiproduktiooni põhjal võib uuritud *Trichomonas vaginalis*'e tüvesid jaotada kolme rühma. Esimese rühma tüvedest fermenteerisid neli tüve (tüved 1, 2, 3 ja 4) gaasi ainult maltoosist ja manniidist, kuid üks tüvi (tüvi 5) ei produtseerinud gaasi ühestki suhkrust. Seevastu teise rühma tüved (tüved 6, 7, 8, 9 ja 10) fermenteerisid gaasi kõikidest suhkrutest (välja arvatud tüvi 10, mis ei produtseerinud gaasi galaktoosist). Kolmanda rühma tüvede (11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19) gaasiproduktioonis meie ei täheldanud ilmseid seaduspärasusi. Siiski selgus, et enamik selle rühma tüvesid ei produtseerinud gaasi ramnoosi, sahharoosi, rafinoosi ja manniiti sisaldavais söötmeis, kuid produtseerisid seda arabinoosi, maltoosi ja inosiiti sisaldavais söötmeis (vt. tabel).

Tuleb märkida, et *Trichomonas vaginalis*'e gaasiproduktiooni küsimus on kirjanduse andmeil tekitanud palju vaidlusi. Kliiniliste tähelepanekute põhjal on rida autoreid (4, 5, 6, 12) kirjeldanud trihhomonaalse kolpiidi või uretriidi korral esinevat vahust, gaasi sisaldavat voolust. Nii arvab Katsenelenbaum (1), et vahutav voolus on tingitud urogenitaaltrakti põletikkudega kaasneva *Micrococcus gazogenes alcalescens*'i elutegevusest. Seevastu märgivad Jirovec, Breindl, Kučera ning Šebek (14), et ei ole veel selge, kas vooluse vahutavus on tingitud tupes esinevatest mikroobidest või trihhomoonastest. Trussell (19) aga täheldas ka *Trichomonas vaginalis*'e puhaskultuurides gaasimullikesi.

Oletust, et *Trichomonas vaginalis* fermenteerib süsivesikutest gaasi, kinnitasid ka Kupferberg'i ja tema kaastööliste (16) tähelepanekud, kes leidsid, et trihhomoonased produtseerivad süsihappegaasi. Lisaks süsihappegaasile produtseerib *Trichomonas vaginalis* Read ning Rothman'i (18) andmeil anaeroobsetes tingimustes glükoosisisaldavais söötmeis ka vesinikku.

Süsivesikute fermenteerumisel täheldas gaasi teket *Trichomonas vaginalis*'e kultuurides ka Teohharov (7), kes märgib, et glükoosi, maltoosi, tärklisi, laktoosi ja galaktoosi sisaldavais söötmeis tekkis happe kõrval ka gaas.

On võimalik, et gaas tekib mitte ainult süsivesikute, vaid ka valkude lõhustamisel. Meie sellesuunalised katsed näitasidki, et kolm tüve (tüved 3, 8 ja 9) produtseerisid vähesel määral väävelvesinikku ja üks tüvi (tüvi 6) ammoniaaki. Süsivesikute aktiivse fermenteerimise kõrval olid aga proteolüütilised omadused *Trichomonas vaginalis*'e uuritud tüvedel suhteliselt nõrgad. Nii ei produtseerinud ükski tüvi indooli ja fenooli, samuti ei toimunud nitratite taandamine nitrititeks.

Väärib märkimist, et *Trichomonas vaginalis*'e proteolüütiliste omaduste kohta leidub kirjanduses väga vähe andmeid. Meil õnnestus leida ainult Iyori (13) töö, kes on lähemalt uurinud *Trichomonas vaginalis*'e proteolüütilisi omadusi. Iyori leidis, et proteiinide lõhustumine näib olevat aktiivsem kultiveerimise hilisemas perioodis, kusjuures glükoos pidurdab teataval määral proteiinide lõhustamist.

Meie töö tulemused aga ei kinnita seda oletust, sest väävelvesinikku produtseerisid nimetatud kolm tüve ka glükoosi sisaldavais söötmeis.

Esitatud andmed tõendavad, et trihhomonaalse põletiku puhul esinev vahune voolus on tingitud *Trichomonas vaginalis*'e elutegevusest. Täpsustamist vajab aga küsimus, miks voolus mõnedel trihhomonaalse kolpiidi ja uretriidi juhtudel ei vahuta. Arvestades meie töö tulemusi näib olevat tõenäoline, et see on suurel määral tingitud just põletikku põhjustanud *Trichomonas vaginalis*'e tüve omadustest.

Seda hüpoteesi kinnitavad ka meie edaspidised katsed, millede käigus selgus, et lisaks erinevatele biokeemilistele omadustele ei olnud uuritud *Trichomonas vaginalis*'e tüved valgetele hiirtele ühesuguse patogeensusega. Nii võisime patoloogiliste muutuste alusel jaotada katses olnud tüved kolme rühma. Esimese rühma tüvede (tüved 4, 5, 6, 10 ja 14) patogeensus oli tugevam, tekitades valgete hiirte kõhuõõnes raskeid põletikulisi muutusi, millede tagajärjel katseloomad surid suhteliselt lühikese aja jooksul. Peale rohkete piirdunud peritoniidikollete tekitasid trihhomonaalsed ka nekrootilisi koldeid maksas.

Suhteliselt nõrgema patogeensusega olid teise rühma tüved (tüved 2, 3, 8, 11, 12, 17, 18 ja 19), kus muutused tekkisid hiljem ja olid kergemad kui esimese rühma katseloomadel. Kõige nõrgema patogeensusega olid kolmanda rühma tüved (tüved 7, 9, 13, 15 ja 16), kus patoloogilised muutused hiirte kõhuõõnes arenesid veelgi aeglasemalt. Selle rühma katseloomad surid suhteliselt pikema perioodi vältel pärast infitseerimist.

Töö analüüsimisel selgus, et haigetelt isoleeritud tüvede loompato-geensuse ja nende haigete urogenitaaltrakti trihhomonaalse põletiku kliinilise leiu vahel oli teatav seos. Nii oli akuutse ja subakuutse põletikuga haigeilt isoleeritud tüvede enamik tugeva või keskmise patogeensusega. Ükski kroonilise põletikuga haigelt isoleeritud *Trichomonas vaginalis*'e tüvi ei olnud aga tugeva patogeensusega.

Samuti selgus, et ükski kroonilise põletikuga haigelt isoleeritud tüvi ei produtseerinud gaasi ramnoosist ja sahharoosist. Rafinoosist fermenteeris gaasi ainult 15-nes tüvi. Huvitav on ka asjaolu, et naistelt ei isoleeritud ühtegi *Trichomonas vaginalis*'e tüve, mis oleks produtseerinud gaasi kõikidest töös kasutatud suhkruetist.

Nagu katse tulemustest nähtub, ei olnud kõik meie poolt uuritud *Trichomonas vaginalis*'e tüved ühesuguste biokeemiliste omadustega.

Trichomonas vaginalis'e tüvede erinevate omaduste kohta on andmeid ka kirjanduses. Nii arvavad mitmed autorid kliiniliste tähelepanekute põhjal (1, 2, 14), et urogenitaaltrakti trihhomoniasse tekitajad on erinevate patogeensete omadustega. Seda oletust kinnitasid Teras (9, 10, 11) eksperimentaalsed tööd, kes leidis, et *Trichomonas vaginalis*'e tüved ei olnud ühtlase patogeensusega ja ravim tundlikkusega sanasiini, osarsooli ning nende ühise toime suhtes. Märkimist väärivad ka Lanceley (17) andmed *Trichomonas vaginalis*'e erinevate seroloogiliste tüüpide esinemise kohta.

Küsimus, kas *Trichomonas vaginalis*'e tüvede biokeemilise aktiivsuse, loompato-geensuse ja seroloogiliste omaduste erinevused on tingitud selle alglooma alaliikidest või tüvede muutlikkusest, vajab edaspidi põhjalikumat ja kompleksset uurimist.

KIRJANDUS. 1. Каценеленбаум Л. И. Сов. медицина, 11—12, 22—32, 1938. — 2. Кватер Е. И. Гинекология и акушерство. 6, 52—54, 1935. — 3. Laan, I. *Trichomonas vaginalis*'e erinevate tüvede sahharolüütlistest ja proteolüütlistest omadustest. Käsikiri, Tallinn, 1957. — 4. Матвеев В. Н. Вестн. венерол. и дерматол. 11, 42—45, 1939. — 5. Робачевский Г. Р. Педиатрия, 4, 67—71, 1954. — 6. Сапожкова В. А. Трихомониаз беременных и родильниц. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Томск, 1956. — 7. Теохаров Б. А. Труды Омского медицинского института им. М. И. Калинина, Омск, 21, 287—292, 1957. — 8. Тeras Ю. Х. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобол. 8, 64—66, 1955. — 9. Teras, J. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised. IV köide, 4, 661—670, 1955. — 10. Teras, J. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, VI köide, Bioloogiline seeria, 4, 355—363, 1957. — 11. Teras, J. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, VII köide, Bioloogiline seeria, 1, 3—9, 1958. — 12. Bauer, H. Zeitschrift für Urologie, 45, 5, 293—301, 1952. — 13. Iyori, S. Japan. J. Med. Progr., 44, 8, 436—441, 1957. — 14. Jirovec, O., Breindl, V., Kučera, K., Sebek, V., Zentralbl. f. Bakt. u. Par., I, Orig. 148, 338—358, 1942. — 15. Johnson, G., Trussell, M. H., Jahn. Science, 102, 126—128, 1945. — 16. Kupferberg, A. B., Singher, H. O., Lampson, G., Levy, L., Romano, A. H. Annals of the New York Academy of Sciences, 56, 5, 1006—1015, 1953. — 17. Lanceley, F. Brit. J. Venereal Diseases, 34, 4, 4—8, 1958. — 18. Read, C. P. and Rothman, A. H. Am. J. Hyg., 61, 249—260, 1955. — 19. Trussell, R. E. *Trichomonas vaginalis* and *Trichomoniasis*. Springfield-Illinois, 1947. — 20. Trussell, R. E. and Johnson, G. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 47, 176—178, 1941.

О биохимической активности *Trichomonas vaginalis*

И. Лаан

Резюме

Идентификация штаммов вагинальной трихомонады на основании их различной биохимической активности имеет большое теоретическое, а также практическое значение для профилактики, диагностики и лечения трихомониаза урогенитального тракта. Однако в литературе имеется сравнительно мало данных о биохимической активности этого простейшего.

Нами были определены сахаролитические свойства 19 штаммов *Trichomonas vaginalis*, изолированных у больных трихомониазом урогенитального тракта, в отношении 14 т. н. «сахаров» (арабинозы, ксилозы, рамнозы, глюкозы, галактозы, мальтозы, лактозы, сахарозы, рафинозы, крахмала, глицерина, маннита, дульцита, инозита). Изучение сахаролитических свойств штаммов этого простейшего проводилось в питательной среде «TV—I» и предложенной автором твердой среде «TV—3», в которых мальтоза заменялась равным количеством одного из перечисленных сахаров.

Все исследованные штаммы давали рост в питательных средах «TV—I» и «TV—3» с добавлением перечисленных сахаров и ферментировали их, причем наиболее интенсивная продукция кислоты происходила в средах, содержавших мальтозу, крахмал и глюкозу. Степень продукции кислоты зависела от количества жизнеспособных простейших.

На основании образования газа в твердой среде «TV—3» изученные штаммы (за исключением одного штамма, не продуцировавшего газа из упомянутых сахаров) можно подразделить на три группы: штаммы I группы образовали газ только из мальтозы и маннита, а штаммы II группы — из всех сахаров. Большинство штаммов III группы, не разлагавшие с образованием газа рамнозу, сахарозу, рафинозу и маннит, продуцировали газ в средах, содержавших арабинозу, мальтозу и инозит.

При изучении протеолитических свойств штаммов этого простейшего выяснилось, что ни один из них не выделял индола и фенола и не восстанавливал нитраты в нитриты.

В трех случаях наблюдалось выделение сероводорода, в одном случае — аммиака.

На основании патогенности изученных штаммов в отношении белых мышей их можно было также подразделить на три группы. Между патогенностью штаммов и клинической картиной больных, от которых они были выделены, имелась определенная связь. Большинство штаммов, выделенных у больных острыми и подострыми формами трихомониаза, обладали сильно или средне выраженной патогенностью в отношении белых мышей. Штаммы же, полученные у больных хронической формой трихомониаза, были мало патогенны.

Наблюдалась также известная связь между степенью патогенности и газообразовательным свойством штаммов, но характер этой связи подлежит дальнейшему, более подробному изучению.

В результате проделанной нами работы выяснилось, что штаммы вагинальной трихомонады имеют различные биохимические свойства. Вопрос зависимости различия в биохимической активности и степени патогенности в отношении белых мышей отдельных штаммов, от существования подвидов этого простейшего или от изменчивости штаммов его, требует дальнейшего глубокого и комплексного изучения.

Ülemiste hingamisteede mikrofloora ja selle mütsiinresistentsus 1957. aasta griepideemia ajal Tartus

M. Eitelberg,

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg) ja

E. Allik,

(Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst K. Juhanson)

Antibiootikumide laialdane rakendamine on muutnud paljude mikroobide tundlikkust nende suhtes. Nii näiteks oli Saksa Demokraatlikus Vabariigis Jena rajoonis 1953. a. ainult 5 protsenti stafülokokkidest penitsilliinresistentsed; 1955. a. aga ei reageerinud penitsilliinile juba 75 protsenti uuritud stafülokokkidest. Prantsusmaal suurenes antibiootikumide ajastul penitsilliinresistentsete stafülokokkide protsent 10-lt 80-ni (2). Leipzigi ühe haigla personali kurgulimast isoleeritud hemolüütilistest stafülokokkidest oli 72 protsenti penitsilliin-, 21 protsenti streptomütsiin- ja 54 protsenti kloronitriinresistentsed (2). Antibiootikumidele resistentsete mikroobitüvede sagenemist täheldati kõigepealt Inglismaal ja Põhja-Ameerika Ühendriikides, kus antibiootikumide massiline tarvitamine algas kõige varem (1).

Antibiootikumide laialdase levikuga tuleb siduda ka neid muutusi, mida täheldatakse viimaste aastate jooksul hingamisteede mikrofloora koosseisus. Silmapaistvam selles muutuses on pneumokokkide asendumine strepto- ja stafülokokkide ning coli-bakteritega. Nii osutusid 1957. a.

Saksa Demokraatlikus Vabariigis Cottbusis 110 pneumooniajuhu puhul haiguse tekitajaks 57-l juhul streptokokid, 32-l juhul coli-bakterid, 10-l juhul stafülokokid ja ainult 2-l korral pneumokokid.

Sealjuures allus ainult $\frac{2}{3}$ streptokokkidest penitsilliini toimele *in vitro*, sest sulfaniilamiididega saadi *in vitro* ainult väheldast kasvu pärssivat toimet. Täheledatai, et *in vitro* saadud andmed ühtusid *in vivo* tehtud tähelepanekutega (3). Akadeemik Smorodintsev koos oma kaastöolistega täheldas seda tendentsi juba 1936.—1949. aastal — sulfaniilamiidide võidukäigu perioodi algul (tabel nr. 1). Samad autorid jõudsid järeldusele, et gripijärgse pneumoonia puhul haigete rögest isoleeritud mikrofloora koosseis vastas kurgu- ja ninalima mikrofloorale, mis esines sama epideemia vältel ühe ja sama linna gripihaigetel, kellel tüsistusi ei

Mikroobi liik	Pneumooniahaigete haigete %, kellel kõrgas ajas gripi järgse pneumoonia ajal esines		Pneumoonia gripihaigete haigete %, kellel kõrgas ajas gripi järgse pneumoonia ajal esines	
	1936. a.	1949. a.	1957. a.	1957. a.
Influentzabaktereid	80	92	4	3
Pneumokokke	100	39	30	5
Hemol. streptokokke	0,1	98		99
Rohkaid				90
Mittehemol. "			56	99
Stafülokokke	1,2		76	19
Pneumobaktereid	0	0	10	0
Valgeid stafülokokke			10	17
Düogeneid			8	44
Coli-baktereid				97

Tabel nr. 1. Ülemiste hingamisteede mitmesuguste mikroobide leiu sageduse võrdlus.

leidunud (4). Seega võib gripiepideemia ajal ülemistest hingamisteedest isoleeritud mikroobe pidada ka võimalike postgrippoosete tüsistuste potentsiaalseteks tekitajateks.

1957. a. gripi pandeemia ajal esines tüsistusi üldiselt harva ja nende bakterioloogilise iseloomustuse kohta toome andmeid Adeni ja Hollandi kohta. Adenis uuriti 25 postgrippoosse pneumooniahaige röga mikrofloorat (tabel nr. 1). Andmed näitavad pneumokoki vähest osatähtsust. Samas märgitakse, et pneumooniad ei allunud kergesti antibiootikumide ravile. Ka Hollandis olid postgrippoosete pneumooniate tekitajateks stafülokokid (5).

1957. aasta oktoobris uurisime gripiepideemia ajal Tartus ambulatoorse gripihaigete hingamisteede mikrofloorat ja selle tundlikkust antibiootikumide suhtes.

Bakterioloogiliselt uuriti kurgu- ja ninalima ning röga 59 ambulatoorsel haigel. Kurgu- ja ninalimakülve uuriti kõikidel haigetel; röga külve uuriti nimetatud arvust 35 haigel.

Kurgu- ja ninalima võtmiseks kasutati steriilseid vatitampoone. Röga kogumiseks kasutati steriilseid rögatopse, kusjuures haige enne sülitamist loputas oma suu- ja kurguruumi paarikümne milliliitri steriilse füsioloogilise lahusega suus leiduvate pisikute eemaldamiseks. Materjalide külvid sooritati 1—2 tunni jooksul pärast nende võtmist. Kurgu- ja ninalima ning röga külvideks kasutati 10-protsendilisi veriagar-plate ja 1-protsendilist glükoosipuljongit. Iga erinev materjal külvati eraldi kahele

vereplaadile ja puljongisöötmesse ning kasvatati termostaadis 37° C juures 24 tundi. Külvidest vereplaatidel isoleeriti kõik erinevad pesad ja töö käigus isoleeritud mikroobidel määrati kindlaks nende morfoloogilised ja biokeemilised omadused. Puljongikultuuridest valmistati ägepreparaadid, mis värviti Gram'i järgi. Vajaduse korral teostati ümberkülv vereplaatidele täiendavate puhaskultuuride saamiseks.

59-st kurgu- ja ninalima, ning 35-st rögakülvist isoleeriti 231 mikroobitüve, millel määrati tundlikkus antibiootikumide suhtes vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ajutisele juhendile (6). Tundlikkuse resp. resistentsuse määramisel antibiootikumide suhtes hinnati mikroobi kasvu takistust. Kui kasvuvaba tsoon söötmel puudus või selle läbimõõt oli alla 15 mm, hinnati uuritavat mikroobi resistentseks; üle 15 mm läbimõõduga kasvuvaba tsooni esinemisel loeti mikroob tundlikuks antud antibiootikumi suhtes.

Mikroobi liik	Esinemissagedus	Tundlikkus antibiootikumide suhtes							
		Biomütsiin		Sedomütsiin		Penitsilliin		Streptomütsiin	
		Tundl.	Resist.	Tundl.	Resist.	Tundl.	Resist.	Tundl.	Resist.
Influentjabakterid	2	2	~	2	~	2	~	2	~
Pneumokokid	3	3	~	3	~	1	2	3	~
Hemol. streptokokid	14	5	9	4	10	10	4	4	10
Kohekokid	11	11	~	11	~	11	~	11	~
Mittihakol.	32	25	7	18	14	31	1	17	15
Latahl. mikrokokid	13	12	1	12	1	2	11	12	1
Valged stafülokokid	66	59	7	55	11	42	24	63	3
Rõõgeenseid	30	27	3	26	4	18	12	30	~
Coli-bakterid	19	15	4	16	3	1	18	10	3

Tabel nr. 2. Olulisemate isoleeritud mikroobitüvede liigiline iseloomustus, esinemissagedus ja tundlikkus antibiootikumide suhtes.

Uuritud materjalidest isoleeritud 231 mikroobitüve jaotumist liikidesse näitab tabel nr. 2. Peale nende isoleeriti veel 6 grampositiivse diplokokki, 16 sartsini, 3 prooteusbakteri, 2 *Bact. mucosum nonfermentans*'i, 5 diferentseerimata gramnegatiivse bakteri ja 6 pärmiseene tüve. Nimetatud bakterite tüvedel määrati ka tundlikkus antibiootikumide suhtes, mis aga ei erinenud oluliselt tabelis nr. 2 esitatud mikroobide tundlikkusest. Vajab märkimist, et kõik isoleeritud pärmiseente tüved olid absoluutselt resistentsed kõikide antibiootikumide suhtes.

Saadud andmetest (tabel nr. 1) nähtub, et ka Tartus on toimunud ülemiste hingamisteede mikrofloora koosseisus muutus. Senise prevaleeriva pneumokoki asemele on asunud stafülo- ja streptokokid. Meie andmetel ei ole nende resistentsus antibiootikumidele veel niivõrd välja kujunenud kui üaltoodud autorite andmetel. Nii esines meil (tabel 2) penitsilliinile resistentsid streptokokkide tüvesid ca 8 ja stafülokokkide tüvesid ca 37 protsenti; streptomütsiiniresistentsid leidis ainult 3 protsenti. Tabelist nr. 2 võime järeldada, et nendel juhtudel, kus mikrofloora mütsiiniresistentsust ei ole määratud, on kõige otstarbekam ülemiste hingamisteede haiguste raviks kasutada penitsilliini ja streptomütsiini kombinatsiooni. Biomütsiin ei anna sellist raviefektiivsust kui nimetatud kombinatsioon, kuid biomütsiin on siiski otstarbekas juhtumitel, kus arsti käsutuses ei ole streptomütsiini. Levomüsetiin resp. süntomütsiin on nimetatud mikroobide suh-

tes nähtavasti kõige vähem efektiivne. Tabel nr. 2 näitab ka *coli*-bakterite tundlikkust antibiootikumidele. Ravimi toime suhtes on sel juhul võimalik streptomütsiini asendada biomütsiini või levomütsetiiniga. Üllatuseks oli, et kolmest isoleeritud pneumokokitüvest osutusid kaks penitsilliinresistentseteks.

Eelpoolmainitud olukord mikroobide antibiootikumresistentsuse suhtes on meie arvates ainult ajutine. Antibiootikumide massilise kasutamise tingimustes ilma kontrollimiseta võib resistentsete mikroobitüvede arv veelgi kiirelt kasvada. Seda kinnitavad ka meie esialgsed tähelepanekud haigeil, kes sageli ja pikemaajaliselt on saanud antibiootikumravi ja kus olukord resistentsuse suhtes on hoopis halvem. Tuleb silmas pidada, et 59-st meie haigest ainult 2-l ilmnes ambulatoorsest kaardist, et nad olid pikemat aega kasutanud antibiootikume.

Tingimata on tarvis, et igas linnas ja rajoonis oleks võimalik määrata mikrofloora mütsiinresistentsust. Sellega jääks ära nn. ravimine pimesi.

Antibiootikumid on otstarbekal kasutamisel efektiivseks vahendiks mikrobiaalsete haiguste ravimisel, kuid neid võib kasutada ainult arstiretsepti alusel, et vältida ravi kahjulikke külgi.

Eeltoodust lähtudes peaks piirama ravimist antibiootikumidega ja neid kasutama ainult juhtudel, kus see on näidustatud.

KIRJANDUS. 1. Schabinski, G. u. Nasse, G. Z. ärztl. Fotob., 1957, 8, 326—328. — 2. Wilde, J. Z. ärztl. Fortbildung, 1957, 20, 856. — 3. Siegmund, I. u. Sylla, A. Z. ges. inn. Med., 1957, 977—981, — 4. Коровин А. А., Новоселова А. И. Канторович Р. А. в кн. Грипп, под ред. А. А. Смородинцева, АМН СССР, М., 1953, 189—197. — 5. Lancet, 1957, 6990, p. 334 and 335—336, 6991, 381 реф. Экспрессинформация, сер. здрав. и мед., 1957, вып. 44, № 175. — 6. Временная инструкция по определению чувствительности микробов к антибиотикам методом бумажных дисков, утверждена президиумом Комитета по антибиотикам, 1957.

Микрофлора верхних дыхательных путей и её резистентность к антибиотикам во время эпидемии гриппа в Тарту в 1957 году

М. Эйтельберг и Э. Аллик

Резюме

С целью профилактики пневмоний, которые наблюдаются при гриппе или острых катарах верхних дыхательных путей, в настоящее время все шире и шире применяются антибиотики. Ввиду того, что в литературе чаще публикуются данные, показывающие нарастание числа резистентных микробов к антибиотикам, авторы настоящей работы с целью разрешения этого вопроса изолировали в Тарту 231 микробный штамм у 59 гриппозных больных до начала их лечения.

Полученные результаты показали сдвиг в составе микрофлоры верхних дыхательных путей, что является характерным для эры химиотерапии — вместо пневмококков преобладали стафило- и стрептококки. Среди них резистентных к антибиотикам штаммов оказалось меньше, чем в городах Германии, Франции, Англии и США. Итак, пенициллинорезистентных стрептококков оказалось меньше — 8%, стафилококков — 37%. Стрептомицинорезистентных стафилококков оказалось только 3%.

Можно предполагать, что такое сравнительно благоприятное положение в Тарту при условиях широкого и бесконтрольного применения антибиотиков сугубо временное.

Авторы приходят к заключению, что антибиотики следует применять только в строго показанных и обоснованных случаях по рецепту врача. Причем в каждом городе и районе необходимо иметь возможность для определения чувствительности бактерий к антибиотикам.

TUPE ÄIGEPREPARAADI TSÜTOLOOGILISEST UURIMISEST

V. Bresler

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Munasarjade talitluse objektiivse uurimismeetodina kasutatakse viimasel ajal peamiselt emakaõõne abraseerimist. Suguhormoonide kvantitatiivse määramise bioloogilised ja keemilised meetodid veres ja uriinis ei ole leidnud oma keerukuse tõttu laialdasemat kasutamist. Östrogeenide määramiseks organismis on olemas veel küllaltki objektiivne ja täpne meetod, mis on tehniliselt väga lihtne ning kättesaadav igale, isegi kõige väiksemale sünnitusabi- ja günekoloogiaasutusele. See on tupe äigepreparaadi tsütoloogiline uurimine. Meetod ise on täiesti ohutu, uurida on võimalik sageli, menetlus on lihtne ja tulemused usaldatavad.

Selle meetodi aluseks on östrogeenide mõjul toimiva tupeepiteeli tsükliliste muutuste uurimine. Loomade tupes toimuvad tsüklilised muutused on laialdaselt tuntud (Zondek, Aschheim). Tsükliliste muutuste esinemise kohta naistel ei ole kirjanduses kuni käesoleva ajani ühtset arvamust. Enamik autoreid (Papanicolaou, Shorr, Dierks, I. D. Arist, H. Meštšerov, G. L. Dozortseva jt.) peavad tupe tsüklilisi muutusi ovariaal- ja menstruaaltsükli kajastajateks.

Oma töös kasutasime Tallinna Vabariikliku Haigla biopsia ja lahangumaterjale ning sünnitusabi- ja günekoloogiaosakonnast meile diagnoosimise otstarbel uurimiseks saadetud tupeägeid. Meie materjal koosneb 100-st emakakaela biopsiast, mille materjal võeti peamiselt erosioonide puhul, millal emakakaela tupeosa normaalne mitmekihiline lameepiteel esines ovariaal- ja menstruaaltsükli mitmesugustes faasides. Edasi uurisime 35-s mitmesuguses vanuses (mõni päev kuni 94 aasta vanuseni) lahatud naistel (vt. tabel nr. 1) tupeepiteeli histoloogilise ehituse vahetunde tupeäige tsütoloogilise pildiga ja elalisi muutusi. Peale selle uurisime jooksvast diagnostikamaterjalist 100 tupe äigepreparaati.

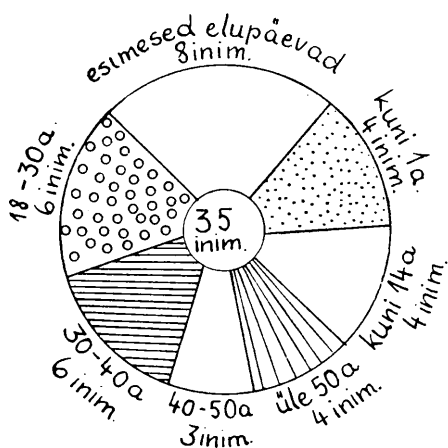
Meie materjal kinnitas tsükliliste muutuste esinemist tupe ja emakakaela tupeosa mitmekihilises lameepiteelis. Need muutused on seoses ovariaal- ja menstruaaltsükliga. Esimestel päevadel pärast menstruatsiooni on epiteeli kihtide hulk minimaalne: see koosneb ainult basaalse ja ogajate rakkude kihtidest, pindmiselt esinevad paiguti ka lamenenud rakud. 5.—6. päeval pakseneb epiteel rakkude tursumise tõttu tunduvalt, kusjuures rakukihtide arvu suurenemist ei täheldata. Umbes 8-ndal kuni 10-ndal päeval tekib pindmine heledate rakkude kiht ümmarguste kahkjate tuumadega, selle ja ogajate rakkude kihi vahel on kitsas riba, mis koosneb väljaveninud lamenenud kepikesetaolise tuhmi tuumaga rakkudest. Seega on epiteelis selles ajaks välja kujunenud kolm kihti: aluskiht (basaalne ja ogajas), lamenenud rakkude kiht ja ümmarguste irduvate rakkude kiht. Tsükli 15-nda kuni 17-nda päevani kihid paksenevad, pindmised rakud kaotavad sideme alumiste kihtidega ja irduvad. See pilt iseloomustab tsükli follikuliinfaasi ja vastab endomeetriumi proliferatsioonifaasile. Pärast ovulatsiooni saabumist irdub heledate rakkude kiht täielikult ja epiteelis jääb alles ainult aluskiht ning lamenenud väljaveninud rakkude kiht. Edaspidi epiteel järk-järgult pakseneb väga heledate, nagu vakuoliseeritud pindmiste rakkudega. Need rakud on surnud, tuumad aga väikesed ja tuhmid. Selline pilt esineb tsükli 17-ndal kuni 25-ndal päeval ja iseloomustab tsükli luteiinifaasi, millal endomeetriumis täheldatakse sekretoorset faasi. Pärast tsükli 24-ndat kuni 25-ndat päeva irdub üha rohkem pindmisi rakke kuni selliste rakkude kiht menstruatsiooni alguseks täielikult kaob.

Meie andmed ühtivad täielikult teiste autorite (D. Dierks, I. Arist, H. Meštšerov, G. Dozortseva) tähelepanekutega ja osutavad munasarja hormoonide toimel kulgeva tupetsükli olemasolule.

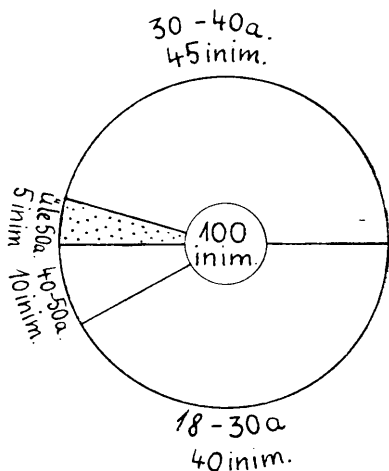
Munasarja hormoonide mõjul võib tupeepiteelis täheldada ka täpseid ealisi muutusi. Vastsündinu tupeepiteel koosneb paljudest kihtidest. Selle pinnal on heledad suured, nagu vakuoliseeritud rakud, mis järk-järgult irduvad ja 10-ndaks kuni 12-ndaks elupäevaks kaovad. Epiteel õheneb koosnedes 3—5 sarvestumise tunnusteta rakukihist. Vastsündinute tupeepiteeli sellist seisundit esimestel elupäevadel mõjutab suur östrogeenide hulk ema veres. Edaspidised ealised muutused esinevad rakukihtide arvu suurenemises ja selgesti piirdunud näsakeste tekkimises, kuid kuni menstruaatsiooni ilmumiseni on need muutused väikesed. Meil ei olnud küllaldaselt materjali tupeepiteeli ümberkujunemise keeruka protsessi uurimiseks seoses sugulise küpsemisega, kuid ühel 13-aastaselt tütarlapsel avastasime tupeepiteeli pildi, mis vastas follikuliinfaasile (munasarjas leidis küps folliikul), kuigi see oli nõrgemini väljendunud kui täiskasvanud naistel.

Tabel 1

Materjali jaotuse skeem vanuse järgi



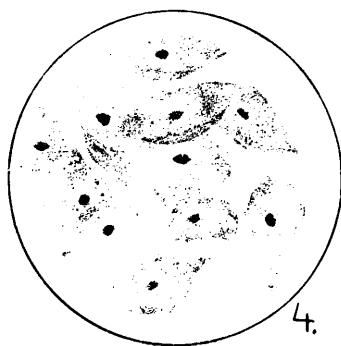
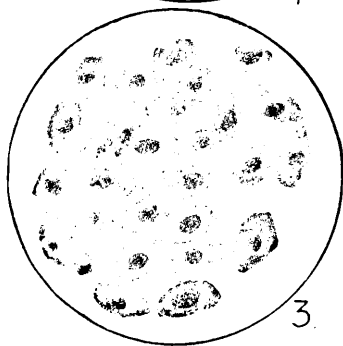
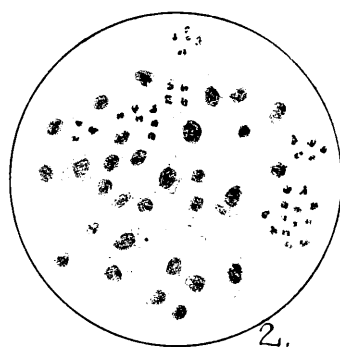
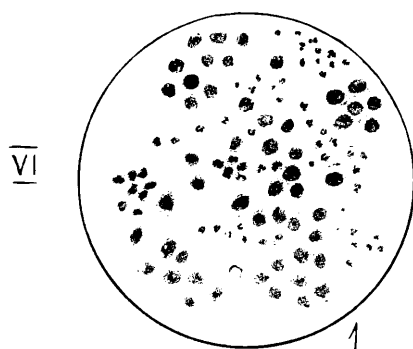
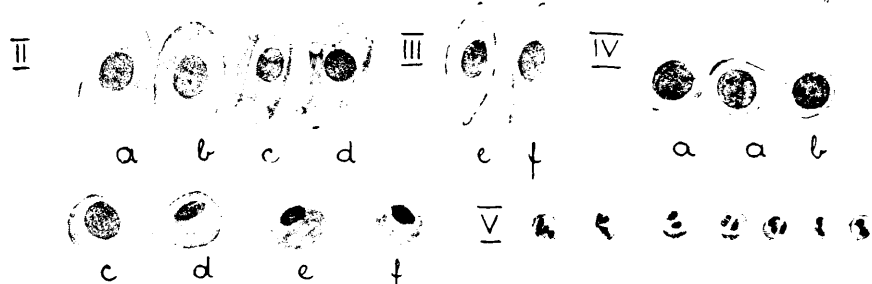
Lahangu materjal



Biopsia materjal

Tupeepiteel on kõige täielikumalt välja kujunenud 22 kuni 43 aasta vanuses. Pärast 45. eluaastat epiteel järk-järgult atrofeerub ja munasarja hormonaalne talitus hakkab kustuma. Epiteeli rakukihtide arv väheneb, pindmised sarvestuvad kihid kaovad, näsad tasanduvad järsult. Sellele vastavalt muutub ka tupe äigepreparaadi tsütoloogiline pilt. Seega peegelduvad tupeepiteeli tsüklilised muutused tsütoloogilises äiges ja võimaldavad rakkude koostise põhjal otsustada munasarjade hormonaalse talitluse üle. See võimaldab diagnoosida munasarjade funktsionaalset seisundit, määrata ratsionaalset hormoonravi ning jälgida selle tõhusust.

Äige võtmise tehnika ei ole keerukas: pärast tupepeeglite tuppe viimist võetakse steriilse pipeti või metallasaga tagumise tupevõlvi sisaldist ja määratakse see õhukese kihina esemeklaasile. Äigel lastakse kuivada ja saadetakse laboratooriumi. Meie laboratooriumis kasutatakse äigepreparaadi edasisel töötlemisel J. Petrova meetodit; värvitud äigepreparaat fikseeritakse kanada palsamiga, kuid väikestes laboratooriumides on see menetlus keeruline. Soovitame igapäevases töös kasutada järgmist lihtsustatud meetodit, mis tagab võrdlemisi kõrget preparaadi kvaliteeti. Äigepreparaat fikseeritakse põleti leegil, värvitakse hematoksüliiniga 3—5 minuti vältel, loputatakse vees ja värvitakse 0,5—1 minutit



1-protsendilises eosiinilahuses. Seejärel loputatakse preparaati taas vees, kuivatatakse filterpaberiga, pärast seda asetatakse selginemiseks küülooli (küülooli võib asendada bensooli, toluooli või tärpentiniga). Liigne küülooli pühitakse lapikesega ära, ägele lastakse tilk seedri- või riitsinusõli ja kaetakse katteklaasiga. Õliga kaetud preparaati uuritakse väikese ja keskmise suurendusega. Vajaduse korral võib preparaati säilitada mitu kuud. Läbi vaadatud preparaadid on hõlpsasti mahapestavad.

Ägepreparaadi uurimisel väikese suurendusega määratakse kindlaks, millised rakud ja missuguses vahekorras selles leiduvad. Preparaadis võib leiduda järgmisi rakuvorme: 1. sarvestuvad rakud — kõige suuremad plaatjad, täpselt piiritletud roosa (eosinofiilse) või sinaka (basofiilse) protoplasmaga ja väikese tumeda tuumaga; 2. intermediaarsed rakud — suured, ümmargused, basofiilse protoplasma ja suure heleda tuumaga; 3. basaalsed rakud — väikesed, natuke leukotsüüdist suuremad, basofiilse protoplasmaga ja suure tumeda tuumaga, mis moodustab suurema osa rakust; 4. üleminekuvormid nende peamiste rakuliikide vahel; 5. leukotsüüdid (vt. tabel nr. 2). Mõnikord esinevad ägepreparaatides silinder-epiteeli rakud, algloomad ja bakterid.

Eristatakse nelja tüüpilist tupe ägepreparaadi pilti, mis iseloomustavad munasarjade östrogeense funktsiooni peamisi variante.

I tüüp. Suurel hulgal esineb basaalseid ehk atroofilisi rakke, palju leukotsüüte, intramediaarsed ja sarvestuvad rakud puuduvad täielikult. See ägepreparaadi tüüp iseloomustab östrogeenide tugevat puudulikkust, esinedes füsioloogiliselt enne suguküpsust ja klimakteeriumi ajal, patoloogilistel juhtudel aga kastratsiooni jne. puhul. II tüüp. Suurel hulgal leidub basaalseid ja intramediaarseid rakke, tunduvalt hulgal leukotsüüte. See ägepreparaat iseloomustab mõõdukat östrogeenide puudulikkust. III tüüp. Suurel hulgal on intramediaarseid rakke, basaalseid rakke esineb üksikuid. Leukotsüüte on samuti üksikuid või need puuduvad üldse. See ägepreparaadi tüüp iseloomustab östrogeenide mõõdukat hulka ja esineb enamikul naistest. IV tüüp. Ägepreparaat koosneb ainult sarvestunud rakkudest. See ägepreparaadi tüüp iseloomustab tunduvalt hulga östrogeenide olemasolu organismis. Seda võib füsioloogiliselt esineda noortel naistel follikuliinfaasi lõpul, tavaliselt esineb see persisteriva follikuli, munasarjade väiketsüstilise väärustuse, hormooni produtseeriva munasarja kasvaja puhul jne.

Praktiliselt võib peale nende nelja põhitüübi märkida vahepealseid vorme (näiteks II—III, III—IV jne.). Mõned autorid eristavad iga põhitüübi vahel kahte vahepealset tüüpi I—II ja II—I jne. (Zinser). Peab mainima, et arvestades individuaalseid variatsioone, naise iga, tsükli faase ja teisi tegureid ei anna ühekordne östrogeense stimulatsiooni taseme määramine täielikku pilti. Kui on vaja määrata mitte ainult östrogeense stimulatsiooni taset vaid ka selle faasi (follikuliin- või luteiinfaas), ovulatsioonipäeva jne., siis tuleb uurida ägepreparaati seeriatega kaupade mõnepäevaste vaheaegadega. Tsükli faasi ja ovulatsiooniaja kindlaksmääramine on tunduvalt keerukam ning nõuab uurijalt suuri kogemusi. Seejuures peavad uurijal olema kõik andmed tsükli laadi kohta (tsükli kestus, menstruatsiooni kestus ning viimase menstruatsiooni aeg). Faasi diagnoosimiseks uuritakse üksteisele järgnevate ägepreparaatide seeriat, mis on võetud kahe- kuni kolmepäevaste vaheaegade järel; kusjuures arvestatakse preparaadi muutumise dünaamikat. Menstruatsioonifaasi ajal on ägepreparaadis rohkesti erütrotsüüte, endomeetriumi irdunud rakke ja leukotsüüte, mis tunduvalt maskeerivad sel ajal halvasti värvuvaid tuperakke. 3—4 päeva pärast on preparaadis pindmiste kihtide basofiilseid rakke, mille protoplasmas on mõniord tumedad terad. Varajases follikuliinfaasis ilmnevad sarvestuvad rakud, mida tekib üha rohkem; hiljem ilmuvad üksikud intramediaarsed ning sama tüüpi eosinofiilsed

rakud. Enne ovulatsiooni on äigepreparaatides kihtidena suurel hulgal eosinofiilseid rakke. Nende tuumad on püknootilised, sarvestuvate rakkude protoplasmas näeme eosinofiilseid elemente. Pärast ovulatsiooni väheneb östrogeenide hulk organismis ja algab kollaskeha hormooni nõristumine. Tupe äigepreparaadis peegeldub see intramediaarse ja sarvestunud rakkude äärte sissepoole pöördumises. Rööbiti eosinofiilsete vormidega esineb rohkesti basofiilseid rakke. Väljakujunenud luteiinfraasis (18. kuni 24. päeval) esineb intramediaarse ja sarvestunud rakkude äärte sissepoole pöördumine koos eosinofiilse protoplasma, äärte ebakorrapärane kuju väljendub järsumalt; ilmuvad basofiilse protoplasma väljaveninud ehk nn. lodjakujulised rakud.

Seega näeme, et tupe äigepreparaadi tsütoloogilise uurimise meetod munasarjade talitluse kindlaksmääramiseks põhineb füsioloogilistel ja tsütofüsioloogilistel seaduspärasustel. Oma lihtsuse ja kättesaadavuse tõttu annab meetod täpseid ja usutavaid tulemusi. Meetodit võib kasutada nii statsionaaris kui ka ambulatooriumis. Enesestmõistetavalt sõltuvad tsütoloogilise meetodi tulemused, nagu kõigil laboratoorsetel meetoditel, suurel määral uurija vilumusest. Siin peab mainima järgmist: östrogeense stimulatsiooni nelja tüübi määramine on võrdlemisi lihtne, selle meetodi kasutamisel omandab arst kiiresti oskuse vastava materjali uurimiseks ja võib järk-järgult üle minna keerukamale uurimisele ning täpsematele diagnoosimisviisidele. Antud meetodi rakendamise võimalused sünnitusabi ja günekoloogilises praktikas on peaaegu piiramatud ning tuleb püüda sellise olukorra poole, et see meetod leiaks sama laialdast rakendamist nagu vere ja uriini kliiniline analüüsimine.

- KIRJANDUS. 1. Арист И. Д., Врачебное дело 2, 145—150, 1948. — 2. Герке П. Я. и Манова М. И. Акушерство и гинекология 5, 37—39, 1947. — 3. Дозорцева Г. Л. Функциональная диагностика в акушерстве и гинекологии на основе цитологических исследований. Минск. 1952. — 4. Мешеров Х. Х. Казанский медицинский журнал 5—6, 485—591, 1938. — 5. Петрова Е. И., Железнов Б. И. и Былинок В. К. Лабораторное дело 4, 3—6, 1955. — 6. Dierks, D., tsit. Zinser — 7. Papanicolaou, G., Amer. J. Anat., v. 52, 519—637, 1933. — 8. Papanicolaou, G., Atlas of Exfoliative Cytologie. Harvard University Press. Cambridge. 1954. — 9. Shorr, E., Proc. Soc. exp. Biol. and Med. v. 43, 501—506, 1940. — 10. Stockard, C. and Papanicolaou, G., Amer. J. Anat., v. 22, 225—283, 1917. — 11. Zinser, H., Die Zytodiagnostik in der Gynäkologie. Jena. 1957. — 12. Zondek B. und Aschheim tsit. Zinser.

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО МАЗКА

В. Бреслер

Резюме

На основании изучения 100 биопсий шейки матки, 35 гистологически и цитологически обследованных вскрытий и 100 цитологических диагностических исследований автор приходит к выводу о наличии циклических изменений влагалищного эпителия под влиянием гормональной функции яичников.

Гистологически различаются две основные картины, характеризующие фолликулиновую и лютеиновую фазы цикла. Для фолликулиновой фазы характерна трехслойность эпителиального пласта: основной клеточный пласт, пласт уплощенных клеток и пласт круглых светлых отторгающихся клеток. Для лютеиновой фазы характерно трехслойное строение эпителия, но поверхностный пласт имеет другой вид: он состоит из крупных светлых, как бы вакуолизированных клеток.

Влагалищный эпителий гистологически обнаруживает также четкую возрастную изменчивость, связанную с возрастными изменениями функции яичников. Все эти изменения многослойного плоского эпителия влагалища могут быть обнаружены при цитологическом исследовании вагинального мазка. Изучая цитологию его, можно установить состояние гормональной функции яичников.

В статье подробно описаны гистологические изменения влагалищного эпителия на протяжении менструального цикла, возрастные изменения эпителия и в соответствии с этим описаны изменения цитологической картины вагинального мазка. Подробно освещается вопрос о практической цитологической диагностике уровня эстрогенной стимуляции, фазы цикла, времени овуляции. Обращено внимание на методику приготовления препарата для цитологического исследования. Описывается упрощенный метод обработки и окраски мазка, позволяющий получить удовлетворительные препараты даже в практике небольшой лаборатории. Метод цитологического исследования вагинального мазка следовало бы широко применять в акушерско-гинекологической практике стационара и поликлиники.

Vere äigepreparaadi makroskoopiliste muutuste diagnostilisest tähtsusest

L. Päi,

meditsiiniteaduste kandidaat

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja k. t. L. Päi)

Äigepreparaadi valmistamine on igapäevasemaid menetlusi kaasaegses laboratooriumis, heast äigepreparaadi valmistamise tehnikast oleneb suurel määral mikroskoopilise vereuurimise kvaliteet — õiged andmed erütrotsüütide arvu suhtes, leukotsütaarse valemi hindamine jne. Äigepreparaat peab olema võimalikult õhuke ja täiesti homogeenne — ainult siis jaotuvad vereelemendid ühtlaselt üle terve alusklaasi pinna. Äigepreparaatide omadusi kontrollitakse visuaalselt enne mikroskopeerimist. Urides äigepreparaatide valmistamise tehnilisi vigu täheldasid N. A. Kaštšennikova ning V. V. Svirtševskaja, et mõnedel juhtudel on võimatu saavutada head äigepreparaati. Vaatamata kordamistele, ideaalselt puhtale ja siledale klaaspinnale jääb äigepreparaat ikkagi ebahomogeenseks, pinnalt teraliseks või krobeliseks. Seda fenomeni kirjeldas 1931. a. üks meie väljapaistvamaid klinitsiste M. D. Tušinski (2), nimetades mainitud sümptoomi teralisuse sümptoomiks. Ta omistas mainitud sümptoomile diagnostilist tähtsust, sest leidis selle ainult teatavate kindlate haiguste juures, eeskätt *pneumonia crouposa* puhul.

Teralisuse sümptoom võib olla mitmesuguse intensiivsusega, mida M. D. Tušinski märgib tinglikult ristikestega [(+, ++, +++) vt. fotod a, b, c, d].

Kahjuks on see fenomen hiljem ununenud ning pole leidnud laialdast tarvitamist ambulatoorses praktikas.

See pole aga õige, sest meetodi lihtsuse ja kiiruse tõttu (vajalik on ainult äigepreparaat) võib see osutada diagnostiliseks abivahendiks ambulatoorsetes, eriti aga maajaoskonnahaigla tingimustes. Teralisuse sümptoom on hästi nähtav õhukestel äigepreparaatidel ning on selgesti diferentseeritav nn. äigepreparaadi tegemise vigadest, nagu ebaühtlane või jäme äige, laigud rasvase klaasi tõttu jne.

Teralisuse sümptoomi diagnostilise väärtuse kontrollimiseks jälgisime fenomeni esinemist mitmesuguste haiguste erinevates staadiumides.

Subjektiivsete vigade vältimiseks hinnati äigepreparaadid laboratooriumis, teadmata kellele need kuulusid, ning alles hiljem selgitati välja haige ja haiguse diagnoos.

Peamise vaatlusaluste kontingendi moodustasid Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste ja närvihaiguste osakondades 1957. aasta sügisel ja talvel viibinud haiged, peale selle on väike osa andmeid saanud Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaari haigetelt ning osa andmeid kopsupõletikuhaigete kohta on võetud meie varajasemast uurimusest (1).

Teralisuse esinemine vere äigepreparaatides

Haigus-grupp	Uuritud haigete arv	Haigused, millede puhul oli teralisuse fenomen negatiivne kõigil juhtudel		Haigused, millede puhul esines positiivne teralisuse fenomen					
		Diagnoos	Uuritud haigete arv	Diagnoos	Uuritud haigete arv	Teralisuse fenomen positiivne			Negatiivne
						+++	++	+	
Hingamis-elundkonna haigused	178	<i>Asthma bronchiale</i>	13	<i>Pneumonia crouposa</i>	24	7	6	6	5
		<i>Emphysema pulm.</i>	12	<i>Bronchopneumonia</i>	45	4	14	12	15
		<i>Bronchitis chr.</i>	10	<i>Pneumonia gripposa</i>	15	—	—	1	14
		Gripp	8	<i>Pneumonia chronica non specifica</i>	14	—	—	4	10
				<i>Atelectasis pulm. cum pneumoniam</i>	4	2	2	—	—
				<i>Abscessus pulm.</i>	6	—	—	1	5
				<i>Pleuritis exsud.</i>	5	—	1	—	4
				<i>Tbc. pulm. (mitmesug. vorm)</i>	22	—	2	1	19
Südame- ja vereringe-haigused	95	<i>Insuff. cardiovasc. cardiosclerosis, insuff. valvularum</i>	37	<i>Infarctus myocardi</i>	6	—	1	4	1
		<i>Morbus hypertonicus</i>	20	<i>Insuff. a. a. coronarium</i>	14	—	—	1	13
		<i>Rheumocarditis</i>	10	<i>Endocarditis lenta</i>	8	—	1	1	6
Liigeste-haigused	21	<i>Polyarthr. rheumatica</i> <i>Polyarthr. urica</i>	10 1	<i>Polyarthr. infectiosa</i>	10	—	2	5	3
Sepsis	2	—		<i>Chroniosepsis</i>	2	—	—	2	—
Vereloome-haigused	15	—	15						

Haigus- grupp	Uuritud haigete arv	Haigused, millede puhul oli teralisuse fenomen negatiivne kõigil juhtudel		Haigused, millede puhul esines positiivne teralisuse fenomen					
		Diagnoos	Uuritud haigete arv	Diagnoos	Uuritud haigete arv	Teralisuse fenomen positiivne			Nega- tiivne
						+++	++	+	
Seedeelundkonna- haigused	137	—	137						
Tuumorid	28	kopsutuumorid teised lokalisatsioonid	10 13						
Neeru- ja neeruvaagna- haigused	32	—	32						
Närvihaigused	80		67	<i>Insultus cerebri</i> <i>Meningoencephalitis</i> <i>Meningitis</i>	9 4 3	— 2 —	2 — —	5 2 2	2 — 1
Kokku	583		392		191		93		98
						positiivseid			

Kokku on jälgitud 583 haige vere äigepreparaate. Uuritud haigetel püstitati kliiniliselt 62 eri diagnoosi. Haigete jaotust haigusgruppide järgi ning positiivse teralisuse fenomeni esinemist üksikute diagnooside järgi iseloomustab juurdelisatud tabel.

Nagu tabelist nähtub, esines positiivne teralisuse sümptoom 93-l juhul. Uuritud 62 eridiagnoosiga haigest sedastati äigepreparaadi nähtavat teralisust krupoose pneumoonia, müokardi infarkti, infektsioosse polüartriidi, bronhopneumoonia, kroonilise sepsise, ajuinsuldi, meningoentsefaliidi ja meningiidi ning üksikjuhtudel ka laialdase kopsutuberkuloosi ja pleuriidi puhul.



a) tugevasti positiivne (+ + +) äigepreparaat.



b) keskmiselt positiivne (+ +) äigepreparaat.



c) positiivne (+) äigepreparaat.



d) normaalne äigepreparaat.

Mainitud haigusi lähemalt vaadeldes tuleb märkida, et teralisuse sümptoom esineb kõige selgemini väljakujunenult ja täiesti reeglipäraselt krupoose pneumoonia juures. Viiel korral oli see küll negatiivne, kuid siin oli tegemist haigetega, kes said kohe pärast haigusnähtude ilmumist penitsilliinravi ja pneumoonia kulges abortiivselt. Bronhopneumoonia puhul oli teralisuse sümptoom kolmandikul juhtudest negatiivne. Haiguslugude analüüsimisel võis täheldada, et äigepreparaadi positiivne teralisuse sümptoom olenes kopsukahjustuse ulatusest, nimelt haigetel, kellel röntgenoloogiline leid oli väga väike, oli ka äigepreparaadi teralisus negatiivne. Kopsutuumorite korral oli teralisuse sümptoom juhtudel, kui tuumor tüsistus kopsupõletikuga. Summeerides andmeid kopsupõletike kohta jõudsime järeldusele, et teralisuse fenomen on ägeda laialdase kopsupõletiku reeglipärane sümptoom. Mõningat huvi pakub siinjuures S. Pljaštšenko (3) uurimus kes, kontrollides teralisuse sümptoomi väärtust sigade bronhopneumoonia diagnoosi püstitamisel, leidis selle fenomeni täielikku ühtimist lahangu andmetega pneumoonia puhul. Uurimismaterjal oli ulatuslik (200 siga).

Kopsupõletike puhul ilmneb teralisuse sümptoom haiguse esimestel päevadel ning kaob haige tervistumisel.

Seoses kopsu afektsioonidega pakub huvi ka teralisuse fenomeni jälgimine kopsutuberkuloosi- ja pleuriidhaigetel. Vaadeldavate rühma kuulusid haiged infiltratiivse, fibrokavernoose dissemineeritud kopsutuberkuloosiga ja ekssudatiivse pleuriidiga. Positiivne teralisuse fenomen

esines aga 27 juhtumist vaid neljal korral, seega ebareeglipäraselt. Nähtavasti omab fenomeni väljakujunemisel tähtsust peale kopsukahjustuse ulatuse ka infektsiooni liik.

Värske infarkti puhul leidsime positiivse teralisuse fenomeni, kuid see ei olnud nii intensiivne (+) kui kopsupõletiku puhul, esinedes 8 esimesel haiguspäeval ja möödudes 8—14 päeva jooksul.

Järgmise grupi haiged mainitud sümptoomiga olid infektsioosse polüartriidiga patsiendid. Siin oli sümptoom küllaltki intensiivne ja järjekindel, olenedes haige seisundi raskusest (kõige lähem seos oli sette-reaktsiooniga ja temperatuuriga). Omaette rühmaks võis liigitada septilisi haiged, nagu *chroniosepsis*, *endocarditis lenta*. Siin ei olnud teralisuse sümptoom nii reeglipärane, kuid esines pidevalt, olenedes haiguse intensiivsusest.

Huvitav on märkida, et reumaatilise endokardiidi puhul me ei leidnud 10-st uuritud haigest ühelgi juhul positiivset teralisuse fenomeni — võimalik, et see võib olla vähesel määral kasulik reuma kliinilise diagnoosi püstitamisel, sest vastandina infektsioossele polüartriidile me ei leidnud positiivset teralisuse fenomeni ka reumaatilise polüartriidi puhul. Siia kuuluvad mõned närvihaigused, nagu ajuinsult ning põletikuline protsess ajus või ajukelmetes, kus sümptoom esines võrdlemisi reeglipäraselt.

Analüüsides teralisuse sümptoomi põhjusi, näeme, et see esineb vaid haiguste puhul, mida iseloomustavad plasma fibrinogeeni kõrged väärtused, seepärast võime oletada, et teralisuse ja fibrinogeenisisalduse vahel on mingi seos. Seda seost oleme jälginud 20 krupoosse pneumoonia ja 30 bronhopneumoonia juhul ning leidnud, et teralisuse sümptoom on rangelt positiivne (+++) kui fibrinogeeni hulk on üle 0,9 g%, keskmiselt positiivne siis, kui fibrinogeeni väärtused ületasid 0,6 g% ning kergelt positiivne teralisus tekib 0,5 g fibrinogeeni sisaldumise puhul veres. Seega muutub teralisuse intensiivsus rööbiti fibrinogeeni kontsentratsiooniga. 20-l mitmesuguste diagnoosidega haigel, kellel esines teralisuse fenomen, kontrolliti verdumise ja hüübimise aega. See oli normi piirides. Seega ei sõltu teralisuse fenomen verdumise ja hüübimise ajast. Samuti ei mõjusta teralisuse fenomeni protrombiini aeg. Haigetel, kel fenomen oli positiivne ja kellel oli määratud protrombiini aeg (8 haiget), oli see normi piirides. Eriti näitlik on ses suhtes 33-aastane haige T. diagnoosiga *infarctus myocardi*. Mainitud patsient sai dikumariinravi, mille tõttu protrombiiniaeg langes 46 protsendini, kuid fibrinogeenisisaldus plasmas püsis 0,52 protsendi piirides ja teralisuse sümptoom oli positiivne.

Kirjanduse andmetel tõuseb fibrinogeeni hulk märgatavalt paljude haiguste puhul, kuid eriti kõrge on selle valgusisaldus plasmas ainult kindlate haiguste puhul, milledeks on 1) kopsupõletikud [keskmiselt 0,6—0,9% (1)], 2) müokardi infarkt [keskmiselt 0,61% (4, 5)], 3) krooniline infektsioosne polüartriit [keskmiselt 0,5—0,6 (7)], 4) septilised haigestumused (8) ja mõningad nefroosijuhtumid (9), 5) rasedus (keskmiselt 0,5%). Kõigi nende haigusgruppide puhul näeme positiivset teralisuse sümptoomi. Teralisuse sümptoom on diagnostiline abinõu, mis ilma keeruka laboratoorse analüüsita võimaldab hinnata fibrinogeeni hulka veres.

Sümptoomi on soovitatav jälgida keskmiselt heledas läbivas valguses kas palja silmaga või väikese suurendusega (5—10 korda) laia vaateväljaga luubi abil. Sümptoomi eristamine vajab vilumust, kuid meie kogemused näitavad, et pärast mõnekümne preparaadi läbivaatamist suudavad III kursuse üliõpilased küllalt kindlapiirilisel määral teralisuse olemasolu ja astet, eeldusel, et preparaat on küllalt õhuke (jämedas äiges on teralisuse kontuurid ebaselged). Äigepreparaadi valmistamise tehnika on tavaline, nõutav on ainult teatav vilumus, parem kui sümptoomi hindaja teeb äigepreparaadi ise.

1. Mõnede haiguste, eeskätt kopsupõletikkude, müokardi infarkti, kroonilise infektsioosse polüartriidi, ajuinsuldi ja septiliste seisundite puhul, osutub võimatuks korraliku äigepreparaadi tegemine, sest preparaadi pind muutub teraliseks.

2. Teralisuse sümptoom esineb fibrinogeeni tõusuga seotud haiguste puhul ja ka fenomeni intensiivsus oleneb fibrinogeeni kontsentratsioonist plasmas. Seega võimaldab teralisuse sümptoomi intensiivsus umbkaudu hinnata fibrinogeeni hulka veres.

3. Lihtsuse tõttu omab teralisuse sümptoom diagnostilist tähtsust juhtudel, kui haigete laboratoorne ja instrumentaalne uurimine on raskestatud, eriti *pneumonia crouposa* puhul.

4. Teralisuse sümptoomi tundmist peab juurutama maaajaskonnarstide praktikasse.

KIRJANDUS. 1. Пяй Л. Т. Изменение соотношения белковых фракций плазмы крови при пневмониях. Диссертация Л. 1955, I ЛМИ. — 2. Тушинский М. Д., Музыкант Л. А., Кайбанов Г. С., Чулков И. Н. Врачеб. газета 1931, 15, 1138—1142. — 3. Плященко С. И. Белковые фракции крови при нарушении деятельности легких. Диссертация. Л., 1954. Ленингр. вет. ин-т. — 4. Быховская Е. Е. В сб.: Вопросы кардиологии и гематологии, Л., 1940, 76—88. — 5. Ван Хэ-бинь. Терапевт. архив 1958, 4, 57—62. — 6. Арьева Е. М. Клинич. медицина т. 17, 3, 74—78, 1949. — 7. Арьева Е. М. Диагностическое значение белкового состава плазмы при распознавании активного процесса в эндомиокарде у больных с недостаточностью кровообращения. Автореферат диссертации, Л., 1949. — 8. Starlinger, W., Winands, E. Z. exper. Med., 1928, Bd. 60, 138—232. — 9. Longworth, L. G., Curtis, R. M. and Pembroke, R. H. J. Clin. Investigation, Vol. 24, 46—53, 1945. — 10. Bennhold, H., Kylin, E., Rusznyak, S. Die Eiweisskörper des Blutplasmas, Dresden-Leipzig, 1938. — 11. Wuhrmann, F., Wunderly, Ch. Die Blutweisskörper des Menschen, Basel, 1952.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МАЗКЕ КРОВИ

Л. Пяй

Резюме

М. Д. Тушинский описал в 1931 г. феномен изменения макроскопического строения мазка крови при некоторых заболеваниях. Этот симптом был назван симптомом крошковатости мазка крови и рассматривался как имеющий диагностическое значение. Впоследствии симптом крошковатости был предан забвению. Задачей автора была проверка диагностической ценности этого симптома. С этой целью изучались мазки крови 583 больных с 62 различными заболеваниями; основной контингент составляли терапевтические больные (503).

Было установлено, что симптом крошковатости мазка хорошо различается при непосредственном наблюдении неокрашенного препарата, рассматривая последний в лупу при небольшом увеличении. Симптом крошковатости легко отличить от технически дефективных мазков и при наличии небольшого опыта диагностика его не представляет затруднений. Практика показала, что студенты III курса медицинского факультета уже после осмотра нескольких десятков мазков безошибочно оценивали феномен.

На нашем материале симптом крошковатости был обнаружен у 93 больных из 583. Он весьма постоянен при крупозной пневмонии, несколько меньше при бронхопневмонии, инфаркте миокарда, инфекционном полиартрите, сепсисе, менингоэнцефалите и инсульте мозга. У других больных симптом был отрицательным. У терапевтических больных интенсивность и появление симптома параллельны тяжести заболевания, появляясь с первых дней и исчезая с улучшением состояния больного. Из клинических и лабораторных показателей симптом крошковатости обнаруживает наибольшую взаимосвязь с уровнем фибриногена в крови, появляясь обычно при содержании его выше 5%.

Симптому крошковатости мазка необходимо придавать диагностическое значение особенно при диагностике крупозной пневмонии и ввиду простоты исполнения следует рекомендовать выявление симптома крошковатости в амбулаторных условиях.

Eelmised 8 artiklit tuuakse kogemuste vahetamise korras. Toimetus palub lugejate arvamusi selliste artiklite aktuaalsuse ja edaspidise avaldamise vajaduse kohta.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кандидат медицинских наук П. Абрамянц, Ш. Гулордава и И. Скородько
(Из Таллинской республиканской больницы, главный врач М. Смирнова)

По литературным данным, при различных формах язвенной болезни гастроуденальные прободные язвы встречаются примерно в 15% [Н. Е. Дудко (5)]. Несмотря на достигнутый прогресс оперативного лечения при этом заболевании, до настоящего времени нет единого мнения в отношении выбора метода операции между резекцией желудка и ушиванием язвы. В связи с этим изучение опыта отдельных лечебных учреждений приобретает определенный практический интерес. Поэтому считаем уместным поделиться нашими наблюдениями.

В течение трех лет (с 1 января 1955 по 31 декабря 1957 г.) в Таллинской республиканской больнице по поводу язвенной болезни госпитализировано 645 больных. Из них с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки было 60 или 9,2%. За анализируемый период удельный вес перфоративных язв среди некоторых острых хирургических заболеваний и непосредственные результаты их оперативного лечения отражены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Характер заболевания	Количество оперированных	Умерло	Процент
1. Аппендицит острый	2767	10	0,36
2. Внематочная беременность	541	0	—
3. Ущемленная грыжа	115	7	6,08
4. Холециститы	113	6	5,3
5. Кишечная непроходимость	80	21	26,25
6. Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	60	1	1,66

Из сравнительных данных следует, что при указанных заболеваниях прободные язвы по частоте занимают шестое место, а по летальному исходу — третье.

Мужчин с перфоративной язвой было 55 (91,66%), женщин — 5 (8,34%).

По литературным данным, это соотношение несколько колеблется, но неизменно носит закономерный характер. Так например, С. С. Юдин (10) до войны перфоративные язвы у женщин наблюдал в 2,6%, во время войны — в 10%, а после войны — в 4,5% случаев. По данным М. А. Азина (2), женщины с прободной язвой составляли 5,8%, П. Л. Абрамянц (1) приводит 7,3%.

Вопрос о том, почему мужчины более подвержены прободению язвы, нежели женщины, нельзя считать окончательно решенным. В этом отношении существуют различные высказывания, но все они не выходят из рамок умозрительных предположений и догадок, ввиду чего и являются недостаточно убедительными.

Возрастной состав больных распределялся следующим образом: до 21 года — 1, от 21 до 31 года — 16, от 31 до 41 года — 17, от 41 до 51 года — 11, от 51 до 61 года — 8, от 61 до 71 года — 6, от 71 до 81 года — 1.

Согласно сообщениям разных авторов, прободение язвы может наблюдаться в любом возрасте, но чаще всего возникает в период от 20 до 50 лет. Это подтверждается и нашими наблюдениями. Клиническая картина при этом заболевании достаточно характерна и распознавание его

не представляет особой трудности. Как правило, методическое обследование этих больных позволяет диагноз поставить безошибочно. Однако в некоторых случаях при отсутствии типичных признаков дифференциальный диагноз значительно осложнен. Так например, у одного больного прободение язвы наступило без предшествующего язвенного анамнеза, сопровождалось наличием мягкого живота. У двух больных характерная клиническая картина перфоративной язвы убедила в необходимости срочного хирургического вмешательства. При этом в одном случае оказалась стенокардия, в другом — расхождение аневризмы брюшной аорты. Аналогичные наблюдения приводятся и в литературе. Опыт свидетельствует, что среди многих условий успешного хирургического лечения прободных язв первостепенное значение имеет интервал времени от начала заболевания до госпитализации и срочной операции. Давность заболевания до момента хирургического вмешательства распределяется следующим образом: до 6 часов — оперировано 33, до 12 часов — 14, до 24 часов — 4, свыше суток — 9.

Локализация прободных язв и виды примененных операций представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Локализация	Число случаев	Характер операции	
		резекция	ушивание
1. Кардиальный отдел	1	1	—
2. Малая кривизна	11	3	8
3. Привратник	25	10	15
4. Двенадцатиперстная кишка	23	17	6
Всего	60	31	29

Из 60 больных с прободной язвой у 31 произведена резекция желудка без смертельных исходов, у 29 — ушивание язвы при одном смертельном исходе.

Выбор метода операции определялся сроком госпитализации, суммарной тяжестью состояния больного, характером язвы и технической возможностью хирурга. Основная задача при прободной язве в условиях прогрессирующего перитонита прежде всего заключается в предупреждении развития инфекции. Не подлежит сомнению, что благоприятные результаты хирургического лечения зависят от правильного выбора метода операции.

Большинство хирургов [Л. Я. Стефаненко (8), В. П. Вознесенский (3), В. И. Стручков (9), А. Т. Лидский (7) и др.] считают, что первичная резекция желудка является операцией выбора; при наличии удовлетворительного общего состояния больного, среднего возраста, ранней госпитализации, хронических катетрических язв и т. д. Принципиальные же сторонники ушивания прободной язвы [Н. Е. Дудко (5), К. Ф. Кривцов (6) и др.] полагают, что, поскольку радикальное лечение язвенной болезни вообще невозможно, не следует прибегать к резекции желудка. В подтверждение такой тактики авторы указывают, что после ушивания язвы больные, как правило, поправляются, и эта операция доступна каждому хирургу в любой обстановке. По нашему мнению, нельзя и принципиально вредно придерживаться только одного вида операции. Поэтому хирургическая тактика при язвенной болезни должна быть координированной. Но если состояние больного и условия позволяют, целесообразно применять резекцию желудка. Касаясь выбора метода анестезии при прободных язвах, считаем необходимым отметить, что при этом нельзя быть фанатиком одного какого-либо способа обезболивания.

Из 60 оперированных больных эфирно-кислородный наркоз применен к 38 больным, при этом резекция желудка была произведена 31 раз, ушивание язвы — 7 раз. Под местной новокаиновой анестезией оперировано 15 больных; всем произведено ушивание прободного отверстия. Комбинированным обезболиванием (новокаин + эфирно-кислородный наркоз) при ушивании язвы пользовались 7 раз. Новокаиновая анестезия применялась к ослабленным больным, когда тяжесть их состояния исключала возможность применения наркоза. К комбинированному обезболиванию прибегали при сложных анатомических условиях, затруднявших завершение операции под местной анестезией.

Во всех случаях с момента поступления больных с прободной язвой до, во время и после операции проводились комплексные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с шоком, перитонитом и интоксикацией: внутривенные вливания массивных доз физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, переливание крови, гидролизина, антибиотики, витамины и др.

В заключение следует подчеркнуть, что при правильном построении организационного и лечебного процесса, отвечающего современному уровню медицинских знаний, послеоперационная летальность при прободных язвах может быть сведена к нулю.

ЛИТЕРАТУРА. 1. А б р а м я н ц П. Л. Хирургическая тактика при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Сб. Здравоохранение Советской Эстонии. 1954, 201—207. — 2. А з и н М. А. 524 случая прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Труды госпитальной хирургической клиники. Свердловск, 1942, 117—138. — 3. Вознесенский В. П. Хирургия, 1949, 12, 23—31. — 4. Джанелидзе Ю. Ю. Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия органов брюшной полости, том IV, 1954, 237—240. — 5. Дудко Н. Е. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и операция ушивания. М. 1945. — 6. Кривцов К. Ф. Хирургия, 1950, 5, 35—43. — 7. Лидский А. Т. Хирургия, 1953, 7, 7—10. — 8. Стефаненко Л. Я. Хирургия, 1946, 11, 16—24. — 9. Стручков В. И. Хирургия, 1953, 7, 3—6. — 10. Ю д и н С. С. Сов. медицина, 1947, 4, 5—10.

Mulgustunud mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandite kirurgilise ravi vahetud tulemused

P. Abramjants, Š. Gulordava ja I. Skorodko

Resümee

Viimase 3 aasta jooksul opereeriti Tallinna Vabariiklikus Haiglas mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavanditega 60 haiget, neist 55 meest ja 5 naist. Haigete vanus oli 18 kuni 80 aastat. Sagedamini (66,6%) esines haigus 21 kuni 50 aasta vanuses. Mulgustunud haavand asus kardiaalosas 1 juhul, väikeses maokõverikus 11 juhul, maolukuti osas 25 juhul, kaksteistsõrmiksooles 23 juhul.

Kõik 31 maoresektsoonijuhtu lõppesid paranemisega, 29-st kinniõmmeldud haavandiga haigest suri üks.

Progresseeruva peritoniidi korral, mis on tekkinud mulgustunud haavandite puhul, ei tohi kinni pidada ainult ühest operatsiooniviisist, sest see on ka printsiipsaalselt kahjulik. Kirurgilist taktikat selle haiguse puhul peab koordineerima. Kui haige seisund lubab, on maoresektsoon otstarbekohane. Organisatsiooniliste küsimuste ja raviprotsessi õige korraldamisega võib operatsioonijärgse suremuse mulgustunud haavandite puhul viia nullini.

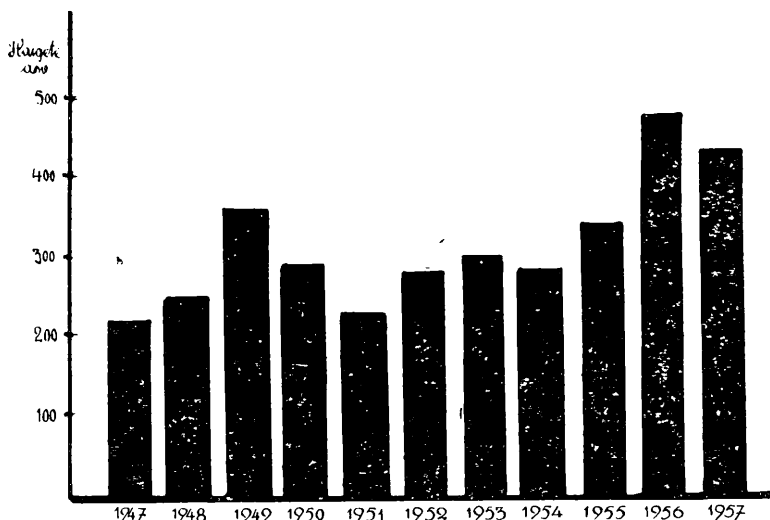
USSJÄTKE PÕLETIKU RAVIST TARTU LINNA KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNAS 1947.—1957. A.

E. Kivivare

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja professor A. Linkberg, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg).

Apenditsiit on sagedasemaid põletikulisi protsesse kõhuõõnes. Viimastel aastatel on tunduvalt sagenenud haigestumine ägedasse apenditsiiti (Arapov, Döhnö).

Ajavahemikus 1947—1957, s. o. 11 aasta vältel, on haavaosakonnas ravil olnud 3287 apenditsiidahaiget vanuses üle 15 aasta. Arvestades ligikaudset Tartu linna elanike ja aastas teostatud apendektoomiate arvu, esineb aastas 220—250 täiskasvanu kohta üks apenditsiidijuhtum. Ussjätkehaigete ja apendektomeeritute arv moodustab ligi 25 % osakonna haigete kui ka operatsioonide üldarvust.



Joon. 1. Apenditsiidahaigete arv aastas.

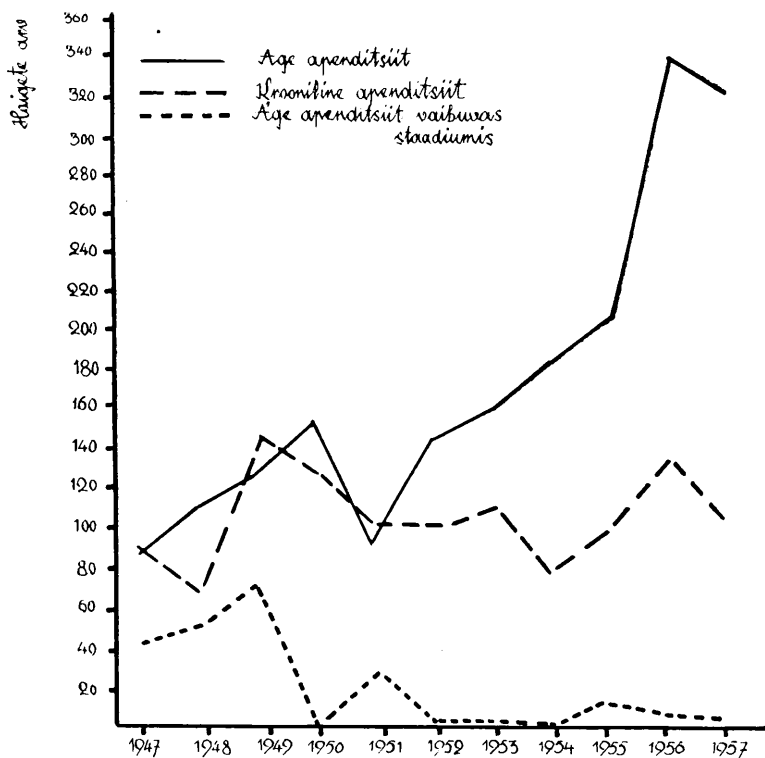
Ussjätkepõletikuga haigete arv oli aastas keskmiselt 220—473 (joonis 1).

Analüüsitud materjalist nähtub, et apenditsiidahaigeid naisi oli 2006 ehk 61 % ja mehi 1281 ehk 39 % üldarvust.

Kliinilistest vormidest olid esikohal ägedate põletikuliste sümptomidega juhud (57,2%), krooniliste haigussümptomidega oli 36 protsenti, äge apenditsiit vaibuvastadiumis või nagu haiguslugudele on märgitud «*appendicitis subacuta*» esines 6,3 protsendil juhtudest. Apendikulaarse kooliku diagnoosiga oli haigeid 0,5 %. Viimasel 6 aastal esinev üldine tõus langeb peamiselt ägedate haigusjuhtude arvele, kuna krooniliste juhtude arv aastas on jäänud enam-vähem samale tasemele (joonis 2). Apenditsiiti haigestumist on kõige rohkem täheldatud 20-ndates ja 30-ndates eluaastates, mil on ka kõige tugevamini arenenud lümfisõlmed ussjätkes [H. Uebermuth (2), Wullstein-Wilms (3)]. Analüüsides antud haigusjuhtumeid haigete vanuse järgi nähtub, et haigus esines enamasti noortel: 15—20 a. vanustel 30,6 %, 21—30 a. vanustel 39,4 %, 31—40 a. vanustel 14,6 %, 41—50 a. vanustel 8,8 %, 51—60 a. vanustel 3,8 % ja 61-aastastel ning vanematel 3,8 % (joonis 3).

Võrreldes haigusvormide esinemist sugupooltel selgub, et meestel esineb suhteliselt sagedamini äge haigusseisund võrreldes kroonilise vormiga vastavatel vanusegruppidel, nimelt 70 % ja 30 %. Kuni 40. eluaastani täheledatai naishaigeil ägedat ja kroonilist haigusvormi enam-vähem võrdselt. 41- kuni 50-aastastel naistel olid ülekaalus kroonilised vormid (57 %), üle 50 aasta vanustel naishaigetel esinesid ägedad põletikulised seisundid jälle ülekaalus (65—75 %).

Enamik ägeda ussjätkepõletikuga haigeid (58 %) saabus statsionaari ravile esimese 24 tunni jooksul pärast haigestumist; 12 protsenti haigeist saabusid järgneval ööpäeval. Olukord on märgatavalt paranenud viimas-



Joon. nr. 2. Apenditsiidivormide esinemine aastas.

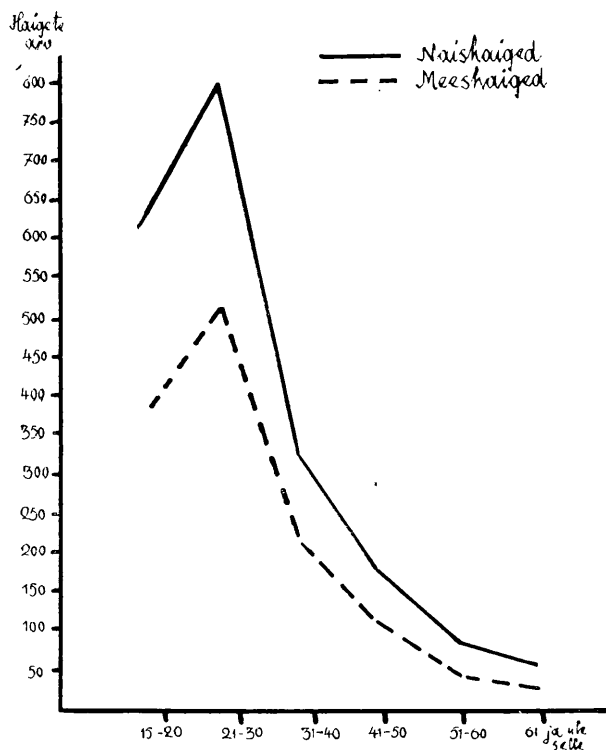
tel aastatel: nii näiteks olid 1957. aastal vastavad arvud 66,5 % ja 12,1 %. See on seletatav meditsiinalase teenindamise paranemisega ja rahva teadlikkuse tõusuga. Analoogilist suhet märgivad Fjodorov ja Garvin ägeda apenditsiidi kirurgilise abi kohta Leningradis.

Ussjätke ägeda põletikuga haigeist opereeriti esimese 6 tunni jooksul 85 % ning järgneva 12 tunni jooksul 10,5 %. 1957. a. toimus operatsioon esimese 6 tunni jooksul aga juba 91 protsendil haigeist. Krooniliste haigusümptomidega haigete opereerimine toimus tavaliselt teisel või kolmandal haiglas viibimise päeval.

Viimaseil aastail on krooniliste vormide puhul operatsioonieelsete päevade arv statsionaaris tunduvalt vähenenud. See saavutati ambulatoorselt põhjalikult uuritud haigete suunamisega haiglasse.

1,6 protsenti ussjätke ägeda põletikuga haigeist jäi opereerimata, sest neil sedastati palpeeritav infiltraat. Apendikulaarse infiltraadi ravis on lähtutud infiltraadi staadiumist. Progresseeruvastadiumis on kirurgiliselt vahele segatud, piirdunud infiltraatide korral on enamasti rakendatud konservatiivset ravi.

Osakonnas teostatakse apendektoomiat Djakonov-Volkovitši või Mac-Burney vahelduva löike meetodiga, arvestades löike tegemisel naha elastsete kiudude kulgu. 91,7% apendektoomiatest teostati paikse tuimastusega 0,5-protsendilise novokaiinilahusega (joonis 4). Viiel protsendil juhtudest ei saadud operatsiooni lokaalse anesteesiaga jätkata ja operatsiooni ajal mindi üle üld-, see on eeternarkoosile. 2,8 protsendil juhtudest kasutati ainult eeternarkoosi, 0,5 protsendil juhtudest kasutati teisi tuimastusvahendeid, nagu pentotaali intravenoosselt, 1948.—1949. aastal ja viimaseil aastail lämmastikalahapendi (N_2O) üldnarkoosi.



Joon. nr. 3. Apenditsiidijuhtude arv vastavates vanusegruppides nais- ja meeshaigeli.

Ägedana on esinenud kõige enam katarraalne vorm 42,3%, flegmonoosne — 19,2%, gangrenoosne — 24,4%, perforatiivne — 9,2% ja infiltraatstaadium 4,9% juhtudest. Ei saa märkimata jätta, et 5% gangrenoosset ja infiltraatstaadiumis olnud põletikest olid kulgenud atüüpilise kliinilise pildiga.

Oluline on ka ussjätkehaigete ravi kestus: mida kauem viibib haige enne operatsiooni statsionaris, seda enam väheneb osakonna läbilaskevõime.

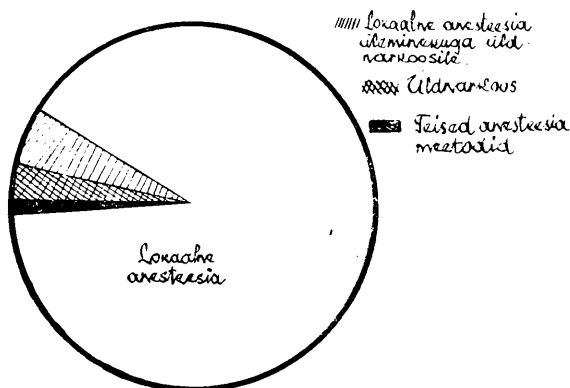
Analüüsitud materjalist nähtub, et ussjätkepõletikuga haigeist viibis 6—7 päeva haiglas 51,2%. Ägedaist apenditsiididest, mille puhul kohe teostati apendektoomia, viibis haiglas 6—7 päeva 64%. 8—10 päeva viibis statsionaris kõikidest apendektomeerituist 31,4%, ägeda põletikuga haigeist vaid 20%. 11—12 päeva viibis haiglas 5,5%, 13—15 päeva 4,3% ja enam kui 15 päeva 7,6% haigeist. Viimasesse rühma kuuluvad infiltratiivsed, osa perforatiivseid ja komplikatsioonidega kulgenud apenditsiidijuhtumeid.

Komplikatsioonidest esines kõige enam haavamädanikke gangrenoossete, perforatiivsete ja infiltratiivsete vormide (1,5%) ja teiste ussjätkepõletiku juhtude puhul (0,5%). 0,4 protsendil haigetest olid teiseid komp-

likatsioonid (kopsupõletik, sääre tromboflebiit, sterkoraaluuri, naha-
alune verevalum, orhiit).

Letaalselt lõppes 11 ussjätkepõletikujuhtu, neist 1947., 1948., 1949.
aastal suri igal aastal 2 isikut, 1950., 1951., 1952., 1953., 1954. a. ei olnud
üldse surmajuhtumeid, 1955. a. suri 3, 1956. a. 1 ja 1957. a. samuti 1 isik.

Surma põhjuseks oli kõikidel haigetel peritoniit, mis lähtus perforee-
runud ussjätkest. Apenditsiidi atüüpilise kulu tõttu, eriti vanematel ini-
mestel, pöörduti arsti poole hilinemisega. Üksikuid haigeid oli enne ravi-
tud vale diagnoosiga (sapikoolik, istmikunärvi põletik). Neli surnut oli
pärit maalt. Ühe surnu vanus oli 53 aastat, teisel 63 kuni 70 aastat, 4 hai-
get olid alla 50 aasta vanad. Viimaseil esines elupuhuselt neerude, maksa
ja pankrease funktsiooni kahjustusi.



Joon. nr. 4. Operatsioonil kasutatud tuimastus.

Esitatud materjalist nähtub, et ägeda apenditsiidiga haige tuleb kii-
restli suunata statsionaarsele ravile. Haigussümptomide mõistmiseks tuleb
veelgi tõsta rahvahulkade sanitaarhariduslikku taset. Operatsiooni puhul
võib enamasti edukalt kasutada paikset tuimastust. Vanemal isikuil ja
kaasnevate haiguste korral võib apenditsiit kulgeda atüüpilise kliinilise
pildiga koos üldise peritoniidiga.

KIRJANDUS. 1. Обзор работы 1-й всероссийской конференции хирургов. Хирургия
11, 1956. 83—92. — 2. Н. Uebermuht. Spezielle Chirurgie, 1957. — 3. Wulsstein-Wilms.
Lehrbuch der Chirurgie 1951, 635—657.

Лечение аппендицита в хирургическом отделении клинической больницы г. Тарту за 1947—1957 гг.

Э. Кививаре

Резюме

В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы за по-
следние 11 лет находилось на лечении по поводу аппендицита 3287 больных в возрасте
старше 15 лет. Женщин было 61% и мужчин 39%. На первом месте были острые
аппендициты в 57,2% случаев. Наиболее часты были заболевания в возрасте 15—20 лет —
30,6% и 21—30 лет — 39,4%. У мужчин сравнительно больше (65—70%) было острого
аппендицита, чем у женщин. За последние 5 лет число аппендицитов значительно уве-
личилось за счет острых форм. В 91,7% случаев аппендэктомии производились под
местным обезболиванием, применяя 0,5% раствор новокаина.

Летально закончились 11 случаев аппендицита, что составляет 0,3%. Причиной
смерти был развившийся общий перитонит вследствие перфорации.

У людей старшего возраста необходимо учитывать атипичные симптомы болезни.

• Mõningaid küsimusi täiskasvanute apenditsiidi diagnoosimisel

Meditsiiniteaduste kandidaat A. Kliiman ja J. Sarv

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaal- ja üldkirurgia kateedritest. juhatajad meditsiiniteaduste kandidaat dotsent H. Petlem ja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent A. Rulli)

Mõningad raskused ussjätkepõletiku diagnoosimisel ja selle kulu iseärasused, samuti postoperatiivsed tüsistused sunnivad kirurge tähelepanelikult suhtuma sellesse võrdlemisi sagedasti esinevasse haigusesse. Käesoleval ajal lõpevad letaalselt tavaliselt need apenditsiidijuhud, mis on tüsistunud juba enne operatsiooni (ussjätke perforatsioon, peritoniit jne.). Rasked operatsioonijärgsed tüsistused, mis on tingitud tehnilistest vigadest ussjätke eemaldamisel, esinevad harva. Seega tuleb tüsistuste vältimiseks tähelepanu pöörata esmajoones ägeda apenditsiidi õigeaegsele ja varajasele diagnoosimisele ning sellised haiged varakult hospitaliseerida.

Kliinilised kogemused näitavad, et apenditsiidi diagnoosimine ei ole alati lihtne. Sageli esineb nõrgalt väljendunud kliiniliste sümptomidega või isegi vaieldavaid apenditsiidijuhtumeid, mille puhul ainult operatsiooni ajal võib sedastada selgesti väljakujunenud destruktiivseid muutusi ussjätkes. Selline kliiniliste sümptomide ja patoloogilise protsessi vahelise parallelismi puudumine [P. N. Napalkov ja I. I. Safer (1) N. I. Blinov (2) jt.] võib diagnoosimisel kõige sagedamini vigu põhjustada. Seda asjaolu aga arvestatakse tihti vähe ja mõeldakse ekstraapendikulaarsetele protsessidele (urogenitaalsüsteemi, sapiteede jne. haigused).

Apenditsiidi diagnoosimisel, eriti atüüpilistel juhtudel, toetutakse kliinilise sümptomatoloogia kõrval laboratoorsetest uuringutest peamiselt leukotsütoosi andmetele. Kogemused aga näitavad, et leukotsütoosi andmete varal ei ole alati võimalik apenditsiiti täpselt diagnoosida. Nii esineb võrdlemisi sageli juhtumeid, kus täiesti normaalse leukotsütoosi puhul esineb ussjätkes destruktiivne protsess. Lähtudes sellest tuleb leida ja juurutada praktikasse täiendavaid võtteid apenditsiidi diagnoosimisel. Käesolevaga esitatavate uurimiste ülesandeks oli apenditsiidi kliiniliste nähtude, ussjätke patoloogilis-histoloogiliste muutuste ja organismi üldise reaktsiooni (valgeverre ja leukotsüütide fagotsütoosivõime osas) vahekorra jälgimise alusel leida täiendavaid võimalusi apenditsiidi diagnoosimiseks. Ülesande lahendamiseks uuriti 52 haiget mitmesuguse apenditsiidivormiga. Uurimised toimusid kahes rühmas.

Esimese rühma kolmekümnele haigele, kes saabusid Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla haavaosakonda kiirabi korras ägeda apenditsiidiga või selle kahtlusega, tehti diferentsiaalse diagnoosimise otstarbel paranefriumi blokaad novakaiiniga Višnevski meetodi järgi. Enne ja pärast blokaadi määrati leukotsütoos ja valgeverre pilt.

Uurimise tulemusi analüüsides selgus, et kolmekümnest kiirabi korras haiglasse suunatud haigest oli äge apenditsiit kuueteistkümnel juhul, kümnel juhul äge apenditsiit vaibuvastadiumis või krooniline, kuid neljal juhul ei õnnestunud ussjätkest leida põletikulisi muutusi.

Destruktiivsete apenditsiidivormide puhul (7 flegmonooset ja gangrenooset apenditsiiti) võis 10—15 minutit pärast mõlemapoolset paranefriumblokaadi täheldada valude kadumist ja seisundi paranemist. Apenditsiidi objektiivsed sümptomid jäid endiseks või vähenesid mõnevõrra. Novakaiiniblokaadi tagajärjel üldine leukotsüütide arv enamasti langeb, mõnel juhul aga tõuseb. Valgeverre pildis täheldatud neutrofiilsete leukotsüütide suur protsent jääb püsima ka pärast novakaiiniblokaadi. Pärast blokaadi taastusid ägeda apenditsiidi subjektiivsed ja objektiivsed sümptomid 40—60—90 minuti jooksul.

Selle alarühma tüüpiliseks näiteks on haiguslugu nr. 203/1957. a. Saatva ravi-asutuse diagnoos: *appendicitis chronica exacerbata*; kliiniline diagnoos vastuvõtmisel: *appendicitis acuta*. Veri Lk. — 13800, SR — 11 mm, valem: eos. 0, keppt. 14%, segm. 79%, lümf. 7%, monots. 0.

Mõlemapoolne paranefriumblokaad 0,25-protsendilise *Sol. Novocaini*'ga 80,0 kummalegi poole. 10—15 minuti jooksul valud vähenesid, haige tundis end paremini. Objektiivselt olid ägeda apenditsiidi sümptoomid positiivsed. 60 minuti järel seisund sama. Veri: Lk. 7400, SR — 12 mm/t., valem: eos. — 0, keppt. 18%, segm. 73%, lümf. 8%, monots. 1%. 90 minuti pärast tekivad valud uuesti. Objektiivselt on ägeda apenditsiidi sümptoomid endiselt positiivsed. Apendektomia. Üssjätke patoloogilis-histoloogiline leid: *appendicitis acuta gangrenosa*.

Siit nähtub, et apenditsiidi objektiivsete sümptoomide püsimine pärast novokaiiniblokaadi on kohese operatsiooni otseseks näidustuseks. Sellistel juhtudel ei ole operatsiooni edasilükkamine kuni valude taastumiseni õigustatud.

Katarraalsete (9), alaägedate ja krooniliste (10) apenditsiidide puhul võis 10—15 minutit pärast mõlemapoolset paranefriumblokaadi täheldada valude kadumist ja objektiivsete sümptoomide tugevuse vähenemist. Selline seisukord püsis 2—3 tundi. Pärast selle aja möödumist tehti apendektomia. Enamikul juhtudest leukotsütoos pärast blokaadi vähenes, üksikjuhtudel see aga suurenes pisut või jäi muutumatuks. Tavaliselt jäi verepilt normi piirides muutumatuks. Teostatud uurimiste põhjal ei saa väita, et paranefriumi blokaad katarraalsete apenditsiidivormide puhul pidurdaks protsessi [L. J. Šostak (3)].

Näiteks toome haigusloo nr. 199/1957. a. Saatva ravi-asutuse diagnoos: *appendicitis subacuta*. Vastuvõtmisel: *appendicitis acuta*. Veri: Lk. — 8000, SR — 10 mm/t., valem: eos. 5%, keppt. 4%, segm. 56%, lümf. 30%, monots. 5%. Mõlemapoolne paranefriumi blokaad 0,25-protsendilise *Sol. Novocaini*'ga 80,0 kummalegi poole. 10 minuti jooksul valud kaovad, objektiivselt on ägeda apenditsiidi sümptoomid nõrgalt arenenud. 60 minuti pärast tunneb haige ennast hästi; objektiivne leid on endine. Kahe tunni möödumisel pärast paranefriumi blokaadi ilmuvad valud uuesti. Apendektomia. Üssjätke patoloogilis-histoloogiline leid: *appendicitis acuta catarrhalis*.

Neljal juhul kadusid valud pärast paranefriumi mõlemapoolset blokaadi novokaiiniga ja ei taastunud ka 4—5 tunni möödumisel. Et aga paranefriumi blokaadi toime alal apenditsiidi kulule puudusid suuremad kogemused, siis tehti ka nendel juhtudel apendektomia. Eemaldatud ussjätked olid patoloogilis-histoloogilise leiuta. Nendel juhtudel oli tõenäoliselt tegemist haiguse funktsionaalse staadiumiga või seisundiga, mida nimetatakse literatuuris apendikulaarseks koolikuks [N. I. Blinov (2), A. B. Šott (4) jt.] või apendiko-bauhhinospasmiks [P. N. Napalkov ja I. I. Šafer (1)].

Seega võib soovitada eriti ebaselgetel ägeda apenditsiidi juhtudel teha enne operatsiooni paranefriumi blokaad Višnevski järgi, mille abil on sageli võimalik diferentseerida ussjätke toimunud patoloogilisi, eriti funktsionaalseid muutusi morfoloogilistest. Ühtlasi peab märkima, et ägedatel apenditsiidijuhtudel on tarvis pärast paranefriumi blokaadi haiget pidevalt jälgida. Tuleb arvestada, et paranefriumi blokaad võib muuta ägeda apenditsiidi kliinilist pilti, kergendades haige subjektiivset seisundit. Apenditsiidi objektiivsete sümptoomide jälgimine pärast blokaadi võimaldab otsustada, kas operatsiooni on vaja. Objektiivsete sümptoomide püsimisel tuleb viivitamatult teha apendektomia.

Teise rühmas määrati 22 haigel (11 kroonilise ja 11 ägeda apenditsiidi juhtu) paralleelselt leukotsütoos, valgeverepilt ja leukotsüütide fagotsütoosivõime. Fagotsütoosikatse viidi läbi haige tsitraatvere (vahekorras 1:3) ja *Staphylococcus aureus haemolyticus*'e suspensiooniga, tiitriga 2 miljardit/ml, 20-minutilise inkubatsiooniajaga +37° C temperatuuri juures.

Fagotsütoosi on kasutanud kliinikus diagnoosimisel täiendava vahendina paljud autorid. Nii leiab Platonov (5) otsese seose leukotsüütide

fagotsütoosivõime ja tuberkuloosi kliiniliste vormide vahel. Sama täheleavad ka Kestermann ja Vogt (6) suhkruhaiguste uurimisel. Firsoval (7) õnnestus ägeda ja kroonilise põletikuga haigete fagotsütoosivõime uurimisega näidata, et mitte kõik kliiniliselt pikaldaselt kulgevad põletikud ei ole kroonilised. Kliinilised andmed ei väljenda kõiki organismis toimuvaid troofilisi nihkeid ja seepärast võib fagotsütoosi uurimist diagnoosimisel kasutada täiendava võtena. Leukotsüütide fagotsütoosivõime uurimine sellistel juhtudel on seda huvitavam, et I. I. Metsnikovi (8) järgi on põletik organismi fagotsütaarne reksioon.

Käesolevas töös haigete leukotsüütide fagotsütoosivõime uurimisel saadud andmeid võrreldi 30 tervelt inimeselt (doonorilt) saadud andmetega, mis võimaldab uurimiste tagajärgi õigemini hinnata. Leukotsüütide fagotsütoosivõime näitajaks võeti keskmine mikroobide arv ühe leukotsüüdi kohta, nn. fagotsütaararv. Doonoritel kõikus fagotsütaararv 4,5 kuni 5,2 vahel, sagedamini esinevaks näitajaks oli 5,0.

Uurimistulemustest selgub, et kroonilise ussjätkepõletikuga haigetel on võrreldes ägedate vormidega erinev fagotsütoosivõime. Kroonilise apenditsiidiga haigete fagotsütaararv on enamasti pisut madalam normaalsest või püsib normi alumisel piiril. Keskmine näitaja oli 4,4. Ägedate apenditsüütide destruktiivsete vormide puhul ületab aga fagotsütaararv normaalse väärtuse 1,2—1,4 korda. Katarraalse kui ka alaägeda põletiku puhul ussjätkes erineb fagotsütaararv normaalsest vähe, olles enamasti selle ülemise piiri lähedal. Nende uurimistulemuste põhjal võib soovitada leukotsüütide fagotsütoosivõime määramist apenditsiidi puhul täiendava objektiivse testina, mis võimaldab eraldada ussjätke ägedat põletikku kroonilisest. Fagotsütoosikatse praktilist kasutamist takistavateks momentideks võivad olla mõningad meetodikaga seotud küsimused.

Leukotsüütide fagotsütoosivõime määramisega samal ajal teostatud perifeerse valgeverre analüüsi tulemustest nähtub, et kroonilise apenditsiidi puhul on leukotsüütide üldine arv enamasti normi piirides (4000—9700). Valgeverre pildis ei saanud täheldada erilisi muutusi. Seevastu oli flegmonoosse ja gangrenoosse apenditsiidi puhul leukotsüütide üldine arv suurem, nimelt 13 000 — 17 000. Valgeverre pildis võis märgata neutrofiilsete leukotsüütide suhtelise arvu suurenemist nihkega vasakule, eosinofiilsete leukotsüütide puudumist, lümfotsüütide ja monotsüütide suhtelise arvu vähenemist. Samas rühmas esines aga ka juhtum, kus destruktiivse apenditsiidi puhul leukotsütoos oli normis (haiguslugu nr. 2458/1955. a.) ja ainult verepildis võis täheldada tüüpilisi muutusi, nagu suurt kepptuumaliste leukotsüütide suhtelist arvu ning eosinofiilide puudumist. Viimane asjaolu vihjab valgeverre pildi määramise tähtsusele. Katarraalsete ja alaägedate põletikkude puhul oli leukotsütoos enamasti normi piirides, ainult ühel juhul (haiguslugu nr. 107/1956. a.) ulatus see 16 000 rakuni pro mm^3 .

J ä r e l d u s e d

1. Apenditsiidi diagnoosimisel tuleb arvestada, et kliiniliste sümptomide ja patoloogilise protsessi vahel ussjätkes puudub sageli parallelism, mida tuleb pidada diagnoosimisel esinevate vigade üheks sagedasemaks põhjuseks.

2. Apenditsiidi diagnoosimisel on vaja kõigi apenditsiidi kliiniliste nähtude arvestamise kõrval tugineda valgeverre täieliku analüüsi andmetele ja mitte piirduda ainult leukotsüütide koguarvu määramisega.

3. Atüüpiliste apenditsiidijuhtude diagnoosimisel võib soovitada paranefriumi blokaadi Višnevski järgi, mis real juhtudel võimaldab diferentsida ussjätkes toimunud patoloogilisi muutusi ja eraldada funktsionaalseid morfoloogilistest.

4. Paraneфриumi blokaadi tegemisel ägeda apenditsiidi puhul tuleb arvestada asjaolu, et blokaad võib muuta ägeda apenditsiidi kliinilist pilti, kergendades haige subjektiivset seisundit. Ägeda apenditsiidi objektiivsete sümptoomide püsimisel pärast blokaadi on viivitamatu apendektoomia vajalik.

5. Leukotsüütide fagotsütoosivõime määramine apenditsiidi puhul on täiendavaks objektiivseks testiks, mis võimaldab eraldada ussjätke ägedat põletikku kroonilisest.

KIRJANDUS

1. Напалков П. Н., Шафер И. И. — Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 8, 114—120, 1956. — 2. Блинов Н. И. — Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 8, 120—175, 1956. — 3. Шостак Л. Я. — Тезисы докладов V Рес. научной конференции хирургов ЭССР, посвященная А. И. Пирогову, Тарту, 38—39, 1957. — 4. Шотт А. Б. — Здравоохранение Белоруссии, 10, 51—55 1955. — 5. Platonov, G. — Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Froschung, 78, 3, 347—350, 1931. — 6. Kestermann, E., Vogt, K. E. — Deutsche Archiv für klinische Medizin, 185, 2, 259—264, 1939. — 7. Фирсова П. П. — Бюллетень экс. биологии и медицины, 1, 2, 1958. — 8. Мечников И. И. — Академическое собрание сочинений, т. V, 217—225, 1954.

О некоторых вопросах диагностики аппендицита у взрослых

А. Клийман и И. Сарв

Резюме

Встречающиеся затруднения при диагностировании аппендицита послужили поводом для проведения соответствующих исследований.

У 30 из 52 больных было изучено действие паранефральной блокады по Вишневскому на клинические проявления острого аппендицита, одновременно (до и после операции) были установлены сдвиги в крови. У всех были произведены аппендэктомия и пато-гистологические исследования удаленного отростка.

У остальных (22) была исследована фагоцитарная способность лейкоцитов параллельно с морфологическими исследованиями белой крови и установлены были пато-гистологические изменения в отростке.

Данные исследований свидетельствуют о сравнительно частом несоответствии между интенсивностью клинических проявлений аппендицита и тяжестью патолого-анатомических изменений в отростке, что может привести к ошибочной и несвоевременной диагностике аппендицита.

Для наиболее правильного диагноза, соответствующего характеру патологических изменений в отростке, необходимо наряду с учетом интенсивности клинических проявлений проводить полное исследование сдвигов в белой крови больного.

При неясных случаях аппендицита следует производить паранефральную блокаду по Вишневскому, с помощью которой в ряде случаев удается дифференцировать патологические изменения в отростке функционального и морфологического характера и их роль в клиническом проявлении признаков аппендицита.

Необходимо иметь в виду, что паранефральная блокада значительно уменьшает интенсивность клинических проявлений острого аппендицита. В тех случаях, когда после паранефральной блокады обнаруживаются объективные признаки аппендицита, показано проведение аппендэктомии в неотложном порядке.

Исследование фагоцитарной способности лейкоцитов является дополнительным объективным тестом при определении характера воспалительного процесса в отростке.

Ägeda pankreatiidi kirurgilisest ravist

Meditsiiniteaduste kandidaat **P. Abramjants ja A. Roosileht**
(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst
M. Smirnova)

Vastupidi endistele arvamustele ägeda pankreatiidi esinemise harukordsusele on koos diagnoosimise paranemisega selgunud, et see haigus esineb võrdlemisi sageli.

Viimase 6 aasta jooksul viibis Tallinna vabariikliku haigla kirurgiaosakonnas 44 inimest ägeda pankreatiidi mitmesuguste vormidega. Neist raviti konservatiivselt 20 inimest, suri — 1, opereeriti 24 inimest, kellest suri 5. Konservatiivselt raviti ainult kergel kujul haigestunud. Käesolevas kirjutuses vaatleme ägeda pankreatiidiga opereeritud haigeid. Haigus esines peamiselt naistel — 19 juhul; meestel esines haigus 5-1 juhul. Vanuse järgi jaotusid nad järgmiselt: 21—30 a. — kolm, 31—40 a. — kaks, 41—50 a. kümme, 51—60 a. — neli ja 61—70 a. viis inimest. Kõikidel haigetel oli nahaalune rasvkude tugevasti arenenud.

Seoses sellega, et ägeda pankreatiidi kliiniline pilt esineb ka teiste haiguste korral (koletsüstiit, mulgustunud haavand, äge soolesulgus, apenditsiit jne.), on haigestumist algstaadiumis raske diagnoosida. Ägedal pankreatiidil on aga ka mõned iseloomustavad nähud. Kõige sagedamini on kõhunäärme kahjustuse sümptomideks ootamatu, väga tugev valu epigastriumi piirkonnas, mis kiirgub selga ja rinda. Haige oksendab, mille tagajärjeks on sageli tunduv veetustumine. Võib täheldada ka kõhu puhitust ja soolte dünaamilise sulguse nähte. Ühtlasi areneb kõhuseinte lihaste pinget. Kehatemperatuur on algul normaalne, kuid haigusprotsessi progresseerumisel võib see tõusta mõnikord isegi väga kõrgele. Arteriaalne rõhk langeb vastavalt haiguse raskusele. Enamikul haigetest tõuseb diastaasihulk uriinis. Vaatamata teiste laboratoorsete uurimiste (diastaasi hulga suurenemine ja kaltsiumi hulga vähenemine veres) diagnostilisele tähtsusele võib ägedat pankreatiiti diagnoosida ainult kliinilise pildi ja laboratoorse uurimise andmete põhjal. Laboratoorsed näitajad ei saa olla objektiivseks kriteeriumiks pankreatiidi raskuse hindamisel. Kõhunäärme sekretoorse talitluse funktsionaalse seisundi dünaamilise uurimise puhul täheldasime diastaasinäitajate äärmist järjekindlust uriinis Wohlgemuthi järgi, mis oli kolmel haigel kuni 64, kuuel haigel kuni 256, neljal haigel kuni 512 ja kümnel haigel üle 1000 ühiku. Paljudel juhtudel oli nekrootilise pankreatiidi puhul diastaasisisaldus uriinis normaalne, kergemate vormide puhul täheldati diastaasi taseme tõusu. Sellest järeldub, et diastaasi tase ei ole kõhunäärme kahjustuse raskuse kindel näitaja. Omistades diastaasihulga määramisele diagnostilist tähtsust, tuleb arvestada, et see on suurem ka mitmete teiste kõhuõõneelundite haiguste puhul (koletsüstiit, penetreeruv haavand jne.). Meie haigete punases veres olulisi nihkeid ei esinenud. Valges veres oli leukotsüüte 6 haigel kuni 8000, 9 haigel kuni 15 000, 6 haigel kuni 20 000, 3 haigel kuni 30 000. Analüüsimine näitab, et ägeda pankreatiidi kliiniliste nähtude raskus ei vasta alati kõhunäärme patoloogiliste muutuste laadile. Seega ei ole sümptomide põhjal võimalik eraldada ühte pankreatiidivormi teisest, seda võib ainult oletada.

Pidades kinni ägedate pankreatiitide kliinilis-morfoloogilisest klassifikatsiooniprintsiibist jaotusid meie haiged järgmiselt: pankrease ägeda turse tõttu opereeriti 4 haiget, hemorraagilise nekroosiga 15 haiget, mädase pankreatiidiga 3 haiget, kroonilise pankreatiidiga ägenemise staadiumis 2 haiget. Kõhunäärme nekroosi tõttu suri 3 haiget, mädase pankreatiidiga suri 2 haiget. Mõnede kirurgide [V. Kolessov ja L. Grigorjev (3), B. Petrov ja S. Lobatšjov (6), K. Toskin (9), L. Garvin, J. Reimers ja D. Fedorov (2)] andmeil 74-st haigest, keda opereeriti peamiselt pank-

reatiidi destruktiivsete vormidega, suri 28 inimest, s. o. 37,8%, meil aga 21%. Kui arvestada kirjanduse andmeid, siis mõjutab kirurgia üldine progress ägedate pankreatiitide puhul esinevat letaalsust vähe, ulatudes seni enamiku autorite järgi 50-60 protsendini. 30 aasta jooksul on ägedate pankreatiitide ravimise printsiipe korduvalt arutatud. I. Rufanov (7) ja Schmieden (10) soovitasid opereerida kõiki ägeda pankreatiidiga haigeid. L. Garvin, J. Reimers ja D. Fedorov (2), R. Goldhahn ja G. Jorns (11) kalduvad teise äärmusesse: nad arvavad, et täpselt diagnoositud ägedat pankreatiiti tuleb ravida konservatiivselt, operatiivse raviga ei saavutata eesmärki ja seepärast ei või seda soovitada. V. Voskressenski (1) ja N. Samarin (8) soovivad opereerida ainult mädase pankreatiidi puhul. A. Bakulev ja V. Vinogradov, S. Lobatšov (5,6) ning K. Toskin (9) soovivad opereerida pankrease nekroosi ja mädase pankreatiidi puhul, kõhunäärme ägedat turset aga ravida konservatiivselt. V. Kolessov ja L. Grigorjev (3) soovivad laiendada kirurgilise ravi näidustusi ägedate pankreatiitide korral ja opereerida neid kõhunäärme ägedate tursete puhul. Seega ei ole mainitud patoloogia kohta käesoleval ajal veel ühtset arvamust nii ravi taktika valimisel kui ka operatsiooniaja määramisel. Meie haigeid opereeriti ägeda haigushoo alguses järgmiselt: kuni 24 tundi — 4 inimest, kuni 48 tundi — 3 inimest, kuni 72 tundi — 5 inimest, üle 3 ööpäeva — 12 inimest. Kõhunäärme haigestumise raskemad vormid esinesid sagedamini pärast edutut konservatiivset ravi, operatiivse vahelesegamise hilisematel tähtaegadel. Rööbiti nendega tekkisid mõnedel juhtudel destruktiivsed muutused lähemate tundide jooksul pärast haiguse ägedat algust. Sellest järeldub, et ägedate pankreatiidivormide oletataval määramisel tuleb juhinduda mitte ainult haiguse algusest möödunud ajavahe-
mikust, vaid peamiselt kõhunäärme patoloogilise protsessi kliiniliste nähtude raskusest. Operatiivne vahelesegamine seisnes meil järgmises: pärast kõhuõõneelundite eelnevat revideerimist lõigati läbi lig. *gastrocolicum* ja avati *bursa omentalis*. Intsideeriti laialdaselt kõhunääret katvat kõhukelmet. Pankreatiidi nekrootiliste vormide puhul püüti võimaluse piires kõrvaldada pankrease osasid. Reeglina süstiti pankreasesse ja selle ümbruse koesse 0,25-protsendilist novokaiinilahust koos penitsilliiniga või streptomütsiiniga. Kõikidel juhtudel tamponeeriti väikese rasviku õõs ja sinna viidi kummidreen. Patoloogilise leiu puhul sapipõies tehti koletsüstektomia, kui see oli võimalik. Pärast operatsiooni manustati paik-
selt ja parenteraalselt antibiootikume. Intoksikatsiooni ja organismi vee-
tustumise vastu rakendati füsioloogilise lahuse tilkniristamist veeni kuni 4 liitrit ööpäevas. Vajaduse korral tehti vereülekanne. Ägeda pankreatiidi mitmesuguste vormide korral andis häid tulemusi mõlemapoolne paranefraalne novokaiini-penitsilliini blokaad A. Višnevski järgi. Selle kasutamisel lakkab või väheneb valu ja paraneb haigete üldseisund, mis soodustab nende kiiremat tervistumist. Vastupidi V. Voskressenski (1), L. Garvini (2) ja teiste väitele arvame, et kõhuseina täielik kinniõmblemine ei ole lubatud, sest ägedate pankreatiitide puhul on nakkuse kaasnemise oht suur ja kõhunäärme rohke põletikulise vedeliku ning sekreedi kogunemine dikteerib vajaduse küllaldase äravooluvõimaluse loomiseks. Tekkinud uurised sulguvad iseeneslikult seda aeglasemalt, mida märgatavamad olid anatoomilised muutused. Pärast operatsiooni lahkusid haiglast 9 inimest 20 päeva, 4 inimest 30 päeva, 2 inimest 40 päeva, 3 inimest 50 päeva ja 5 inimest rohkem kui 50 päeva möödumisel.

Meie arvates on operatiivne vahelesegamine kõhunäärme raskete kahjustuste puhul näidustatud. Terapeutiliselt ravilt kirurgilisele ravile ülemineku küsimus on vaieldav. Operatiivse vahelesegamise näidustuseks on haiguse kliinilise kulu progresseeruv halvenemine, sõltumata ägeda pankreatiidi vormist. Operatiivsele ravile kuuluvad haiged, kui neil kahtlustatakse ägedat pankreatiiti, kuid ei ole välja lülitatud ka kõhuõõne

teiste elundite haigestumised. Ehkki ägedate pankreatiitide etioloogia ei ole veel kaugeltki selgunud, võib paljudel juhtudel välja selgitada kõhunäärme kahjustuse seost sapipõie põletikulise haigestumise ning mao ja kaksteistsõrmiksoole penetreeruvate haavandite tagajärjel. Äge pankreatiit esines koos koletsüstiidiga 7 haigel, penetreeruvate haavanditega — 4 haigel.

Näitena toome haiguslood.

30-aastane naine S. (haiguslugu nr. 16759) toodi haiglasse raskes seisundis 29. detsembril 1956. a. ägeda koletsüstiidi diagnoosiga. Ta haigestus 2 päeva tagasi tugevate valudega parema roidekaare all, hiljem epigastriumi piirkonnas. Alates 1952. a. põeb sapikivitõbe, millega on korduvalt viibinud ravil haiglas ja sanatooriumis, ajutiselt paranenud. Viimasel aastal hood sagesid ja muutusid raskemaks. Haiglasse saabumisel oli tal raske vastata küsimustele. Temperatuur oli 37,5°. Haige oksendas tihti, ta näojooned olid teravnenud, nahk kahvatu, tugevasti arenenud nahaaluse rasvkoega. Puls oli 108 lööki minutis, rahuldava täitumisega. Arteriaalne rõhk 95/60 mm Hg. Kõhuseinad pingsad ja kõhu ülaosa, eriti parema roidekaare all, tugevasti valulik. Štsetkin-Blumbergi sümptoom positiivne. Leukotsütoos 12200.

Diagnoositi ägedat koletsüstiiti, kahtlusega pankreatiidile. Opereeriti kohe. Eeternarkoos. Kõhuõõs avati Sazon-Jaroševitši löikega. Kõhuõõnes leidis suurel hulgal serooset hemorraagilist vedelikku, sapipõis oli suurenenud, põletikuline, tursunud ja armkoe abil liitunud kaksteistsõrmiksoole horisontaalse osaga. Kompleksisel võib sapipõies tunda palju konkrementide. Ristikäärsoole mesenteerumi juure ja tagumise kõhukelme piirkonna turse ja laialdane verevalum. Kõhunäärme on suurenenud, must, hulgaliste nekrootiliste lagupiirkondadega. Tehti koletsüstektomia, kusjuures võimaluse piires kõrvaldati kõhunäärme kärbunud kude. Pankreasesse ja seda ümbritsevasse koesse süstiti 0,25-protsendilist novokaiinilahust koos penitsilliiniga. Väikese rasviku kihi tamponeeriti ja sinna viidi kummidreen. Järgmisel päeval pärast operatsiooni oli diastaa 1024 üh. Wohlgemuthi järgi, leukotsütoos 22100. Edaspidi diastaa pidevalt vähenes kuni 32 ühikuni, leukotsüüte — kuni 4600. 17. jaanuaril 1956. a. kirjutati haige välja heas seisundis. Teistkordselt uuriti haiget ühe aasta möödumisel. Selle aja jooksul haigushooge ei esinenud. Haigel kaebusi ei olnud. Kliinilisel ja laboratoorsel uurimisel objektiivseid kõrvalekalduid ei ilmnenud.

Toodud tähelepaneku analüüsimine lubab oletada, et kalkuloosne koletsüstiit tekitab haigel nekrootilise pankreatiidi, järelikult oleks saanud õigeaegse operatsiooni — koletsüstektomia abil vältida seda rasket kõhunäärme kahjustust. Haige hilisemal jälgimisel kinnitas kroonilise pankreatiidi ägenemistunnuste puudumine muutunud sapipõie kõrvaldamise otstarbekust pankreatiidioperatsiooni ajal.

29-aastane naine (haiguslugu 5982) hospitaliseeriti 11. mail 1955. a. kirurgiaosakonda kaebusega tugevate valude üle kõhus, peamiselt epigastriumi piirkonnas. Lakkamatu oksendamine. Haigestus äkki 3 päeva tagasi. Uurimise puhul stationsaaris määrati esialgseks diagnoosiks äge koletsüstiit või varjatud perforatsioon. Haige seisund halvenes. 12. mail toimus operatsioon. Rakendati eeternarkoosi. Tehti ülemine keskjonepidine laparotomia. Kõhuõõnest eraldus suurel hulgal hemorraagilist eksudaati. Rasvik ja mao väike kõverik oli kärbuse tagajärjel täielikus laguseisundis, mille tõttu *bursa omentalis* on ühenduses vaba kõhuõõnega. Kõhunäärme on must, kogu ulatuses nekrotiseerunud, üksikud piirkonnad irdunud. Sapipõis suurenenud, mõõdukalt põletikuline, suure rasvikuga liitunud kõhunäärme nekrotiseerunud piirkonnad kõrvaldatud. Tamponeeriti ja dreeniti. Operatsioonijärgsel perioodil oli diastaa uriinis Wolemuthi järgi kuni 512 ühikut, hiljem see alanes normini. 22. juunil kirjutati haige rahuldavas seisundis koju. Pärast operatsiooni esinesid haigel sageli haigushood, mille sümptomid viitasid sapipõie- ja kõhunäärmepõletikule.

Viimane näide kinnitab erinevalt eelmisest, et kõrvaldamata jäänud haiguslikult muutunud sapipõis on nakkuskoldeks ja tekitab korduvaid koletsüstiidi ning pankreatiidi ägenemisi. Seepärast peab kõhunäärme operatsioon profülaktika mõttes ja taastada võivate valude vähendamiseks algama või lõppema koletsüstektomiaga, kui seda lubab haige seisund.

Selle taktika õigeks tunnistamine lahendab küsimuse aga ainult osaliselt, sest püsima jääb ägedate pankreatiitide ravimise keerukas probleem tervikuna, retsidiivid võivad aga esineda ka pärast koletsüstektomiat.

Koletsüstektoomia otstarbekohasusele pankreatiitide puhul viitab ka asjaolu, et 5-st surnud haigest eelnes 4-l ägedale pankreatiidile sapi-põie ja -teede põletik. 42—50 aasta vanustest suri üks, 51—60 aasta vanus- test — 1, 60—70 aasta vanustest suri 3 haiget.

Oluline on märkida, et mõnedel juhtudel haiged paranesid ja jätkasid oma tööd ka kõhunäärme totaalsete nekrooside puhul pärast laialdaste piirkondade kõrvaldamist, kus polnud erilisi lootusi haiguse soodsale kulule. Nähtavasti on vähesel järelejäänud kõhunäärme koel kompensa- toorse funktsiooni võime küllalt suur. Kahjuks ei ole aga optimismiks erilist põhjust, sest laialdane pankrease nekroos lõpeb väga sageli sur- maga. Seepärast tuleb otsida meetodeid destruktiivsete vormide õigeaeg- seks diagnoosimiseks ja opereerida haigeid võimalikult varem, s. o. veel enne, kui on arenenud näärme nekroosi rasked vormid. Mis puutub haa- vandtõve taustal esinevatesse pankreatiitidesse, siis uurimise tulemused näitavad, et penetreeruvate haavandite korral tekivad kõhunäärmes indu- ratiivsed protsessid ja haigus omandab neil juhtudel kroonilise kulu, kus- juures esinevad ägenemisperiodid. Ühel meie haigel saabus pärast mao resektsiooni täielik kliiniline tervistumine.

Järeldused

1. Ägedate pankreatiitide konservatiivsel ja operatiivsel ravimisel on näidustused, mis üks-teist välja ei lülita, vaid kasulikult täiendavad.

2. Varajane diagnoosimine ja sihikindel konservatiivne ravimine haiguse algstaadiumis võivad paljudel juhtudel vältida destruktiivsete muutuste arenemist kõhunäärmes.

3. Operatsioonimomendi valik sõltub haiguse kliinilise kulu rasku- sest, olenemata oletatavast kõhunäärme patoloogilise protsessi vormist.

4. Õigeaegne koletsüstektoomia ja mao resektsioon võivad vältida ägedate pankreatiitide tekkimist. Kui esinevad sapipõie ja kõhunäärme kahjustus korraga, tuleb teha ka koletsüstektoomia, kui seda lubab haige seisund.

KIRJANDUS. 1. Воскресенский В. М. Острые панкреатиты, М., 1951. — 2. Гарвин Л. И., Реймерс Е. К. и Федоров Д. Н. Вестн. хирургии, 10, стр. 42—49, 1956. — 3. Колесов В. И. и Григорьев Л. П. Вестн. хирургии, 10, 23—29, 1955. — 4. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы, М., 1951. — 5. Лоба- чев С. В. Острые панкреатиты, М., 1953. — 6. Петров Б. А. и Лобачев С. В. Вестн. хирургии, 10, 35—42, 1956. — 7. Руфанов И. Г. Панкреатиты в связи с вос- палительными процессами желчных путей и пузыря, М., 1925. — 8. Самарин Н. Н. Хирургия, 1, 3—10, 1953. — 9. Тоскин К. Д. Вестн. хирургии, 10, 49—58, 1956. — 10. Schmieden, V. u. Sebening, W. Chirurgie des Pankreas. Berlin, 1927. — 11. Goldhahn, R. u. Jorns, G. Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Leipzig, S. 203—213, 1956.

О хирургическом лечении больных с острым панкреатитом

П. Абрамянц и А. Роосилехт

Резюме

В связи с улучшением диагностики выяснилось, что острый панкреатит не является редким заболеванием, как прежде предполагалось, а встречается довольно часто. Несмотря на то, что с давних пор большое внимание уделяется изучению патогенеза, диагностике и лечению острого панкреатита, однако многие вопросы при этом заболе- вании окончательно не разрешены и результаты лечения его еще неудовлетворительны. Поэтому анализ клинических наблюдений в освещении отдельного лечебного учреждения представляет определенный интерес. Нами изучены 44 больных по поводу различных форм острого панкреатита. При этом консервативно лечилось 20 человек, из коих умер один. Оперировано было 24, из коих умерло 5. Консервативная тактика применялась у больных преимущественно с легким течением заболевания, оперативное вмешательство производилось только у тяжелобольных.

После разностороннего и тщательного анализа собственных наблюдений приходим к следующим выводам:

1. При остром панкреатите тяжесть клинического проявления не всегда соответствует характеру патологических изменений поджелудочной железы. Поэтому на основании симптомов этого заболевания разграничить панкреатит одной формы от другой не представляется возможным.

2. При остром панкреатите, несмотря на известную диагностическую ценность уровня диастазы в крови и моче, эти показатели функции пораженной поджелудочной железы не являются объективным критерием для определения патолого-анатомических изменений данного органа.

3. Раннее распознавание и целеустремленная консервативная терапия в начальной стадии заболевания во многих случаях могут предупредить развитие деструктивных изменений поджелудочной железы.

4. При различных формах острого панкреатита хорошее лечебное действие оказывает двухсторонняя паранефральная блокада по А. В. Вишневскому с антибиотиками. Ее применение прекращает или уменьшает боли, улучшает общее состояние больных, что содействует их выздоровлению.

5. При остром панкреатите консервативное и оперативное лечение имеют свои показания, они не исключают, а полезно дополняют друг друга.

6. При выборе момента операции определяющим условием является тяжесть клинического течения заболевания, независимо от предполагаемой формы патологического процесса поджелудочной железы.

7. Если подозревается острый панкреатит и не исключаются другие заболевания органов брюшной полости, не следует медлить с пробным чревосечением.

8. При холецистите и пенетрирующей язве в поджелудочную железу своевременное удаление желчного пузыря и предпринятая резекция желудка в определенных случаях могут предотвратить возникновение острого панкреатита.

Закрытый остеосинтез при медиальных переломах шейки бедра без рентгеноконтроля во время операции

Профессор Л. Шостак, главный хирург Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Закрытый остеосинтез является методом выбора при лечении медиального перелома шейки бедра, так как консервативная терапия обрекает значительную часть таких больных на инвалидность от осложнений, связанных с длительным постельным режимом в массивной гипсовой повязке.

При всех своих преимуществах эта операция не имеет должного распространения и применяется далеко не во всех показанных случаях, даже при наличии в операционной передвижного рентгеноаппарата, отсутствие которого обуславливает почти полную невозможность проведения остеосинтеза при этом переломе.

Мы убеждены, однако, в том, что малое применение этого вида остеосинтеза нашими хирургами объясняется не отсутствием в их распоряжении передвижного рентгеноаппарата, а необходимостью проведения во время операции многократного рентгеноконтроля, что значительно осложняет работу врача, не имеющего большого опыта в подобных условиях.

По нашим ориентировочным сведениям, в Советском Союзе ежегодно этот вид повреждения возникает у 18—20 тысяч человек, из которых подвергаются операции лишь 20—25%, а остальные лечатся консервативно, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Длительно работая над проблемой освобождения хирурга от необходимости оперировать эту группу больных под рентгеноконтролем, мы детально разработали соответствующую методику, создав при этом прибор, последняя модель которого не только удобна, но и проста по своей конструкции.

Многими врачами, помимо нас, наш метод был успешно применен в различных клинических условиях. Он широко применяется в Таллиннской республиканской больнице, причем врач Ш. Гулордава, обобщив свой опыт и опыт других, издал небольшую монографию, а врачи Б. Энилине и К. Виппер создали даже свои модели приборов для этой цели. С успехом наш метод применяется и в ряде больниц республики и в первую очередь в больнице г. Вильянди врачом К. Виппером.

Все вышеизложенное позволяет нам предложить наш метод для использования широким кругам хирургов.

Наш прибор (рис. 1) состоит из гвоздика-ориентира (а) квадратного сечения, на котором смонтированы два съемных угломера (в и v_1), определяющих в градусах углы отклонения оси шейки бедра от оси гвоздика в двух взаимно-перпендикулярных плоскостях. На одном из угломеров

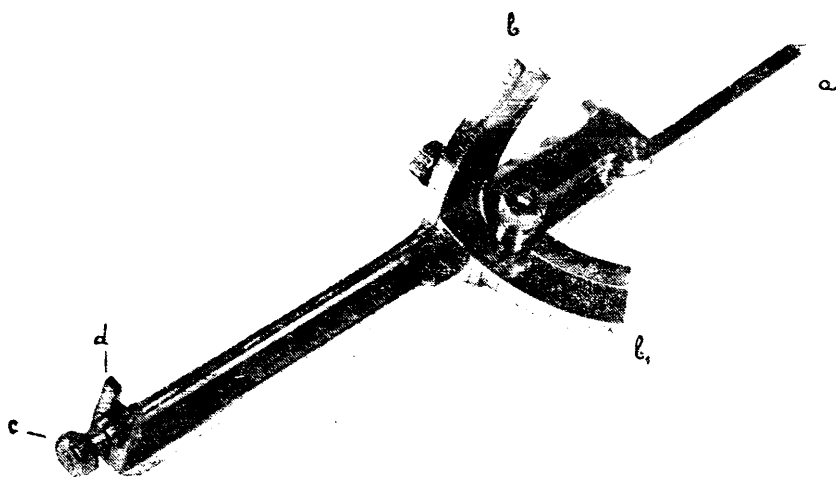


Рис. 1

имеется стержень (с), который и является направителем для трехлопастного гвоздя. Кроме того, в прибор входят: тонкий стилет, держатель стилета с каналами для него и гвоздика, угольная линейка (d), кондуктор для трехлопастного гвоздя и матерчатый пояс, сшитый узким мешком с петлями на обоих его концах. Перед употреблением пояс набивается ватой, а к петлям привязываются куски марлевого бинта.

Прибор хранится в пенале, выдвижная крышка которого одновременно служит подошвой для создания тяги за стопу больного и ее ротации внутрь. Для этого на крышке-подошве имеется небольшой блок и на другом конце отверстие.

Для сохранения транспортабельности больного на период его рентгеновского обследования и последующей операции и то и другое производится на обычной операционной каталке.

Нами разработана своеобразная методика укладки больного и иммобилизации конечности, причем при этом происходит самостоятельное вправление отломков, что является дополнительным важным преимуществом метода.

Больного укладывают (рис. 2) на здоровый бок, ногами к подголовнику. Под таз подкладывается подушка. Здоровая нога сгибается в коленном и тазобедренном суставах до прямых углов.

Больная конечность, вытянутая и слегка отведенная, поддерживается помощником, пока не будет закончена ее иммобилизация, которая выполняется следующим образом: приготовленный матерчатый пояс как противотяга, пропущенный меж ног больного, своими бинтами привязывается

к рукояткам каталки возле головы больного. К стопе больной конечности прибинтовывается подошва, через блок которой пропускают шнур, привязанный другим своим концом к поперечному краю носилок каталки. Произведя небольшую ручную тягу за свободный конец шнура, закрепляют его рядом с первым узлом на крае носилок. Через отверстие в подошве пропускается второй шнур, который с небольшим натяжением привязывается к заднему продольному краю носилок, что обеспечивает небольшую ротацию стопы больного внутрь.

Вправление отломков достигается поворотом больного на здоровый бок с приданием больной конечности вытянутого и слегка отведенного положения. Этот факт давно обнаружил Потт, но впоследствии это было забыто. Во время своей практической работы мы широко пользовались этим приемом для вправления отломков при переломах бедра. Работая над проблемой обеспечения транспортабельности больного с переломом



Рис. 2

шейки бедра во время обследования и последующей операции, мы убедились, что обычное положение на спине с раздвинутыми ногами затрудняет процесс транспортировки в операционную и рентгенокабинет. Это побудило искать другое решение вопроса и, естественно, возникла мысль о боковом положении больного, а следовательно, и о возможности самостоятельного вправления. Продумав методику иммобилизации больного и конечности, было решено, не вправляя отломков, повернуть первого же больного на бок. Первый же случай подтвердил, что свежий перелом шейки бедра самостоятельно вправляется в этом положении, а последующий опыт показал, что в тех случаях, когда вправления при повороте на здоровый бок не происходит, этого не удастся достичь никакими и другими приемами вплоть до длительного вытяжения.

К счастью, подобные случаи редки, так как невозможность вправления заставляет идти на открытый остеосинтез, являющийся уже единственной возможностью оказать радикальную помощь такому больному. Как известно, открытый остеосинтез более опасное вмешательство, особенно у пожилых больных — основного контингента при этом виде повреждения.

Произведя укладку больного и фиксацию конечности, под колено этой ноги подкладывают несколько подушек, чтобы больной не испытывал болевых ощущений от провисания колена.

После этого больного вкатывают на каталке в операционную. Производится обезболивание кожи. Отступя от верхнего края большого вертела дистальнее на 2—2,5 см и кпереди на 0,5 см прокалывают в этом месте кожу скальпелем. Через этот прокол вводится гвоздик-ориентир, устанавливаемый на скате вертела по оси бедра под углом, открытым книзу на 50° — 60° . При этом винт головки гвоздика как можно точнее должен быть обращен вверх (к потолку). В этом положении гвоздик вбивают на глубину до 1,5 см. Вбитый гвоздик должен сидеть в кости крепко, не качаясь при нажимах на него.

Закрепив на головке гвоздика держатель стилета, причем пластинка держателя должна смотреть вниз и кзади, через соответствующий канал держателя вводят стилет, прокалывают им кожу до соприкосновения острия стилета с костью и закрепляют винтом стилет в канале держателя.

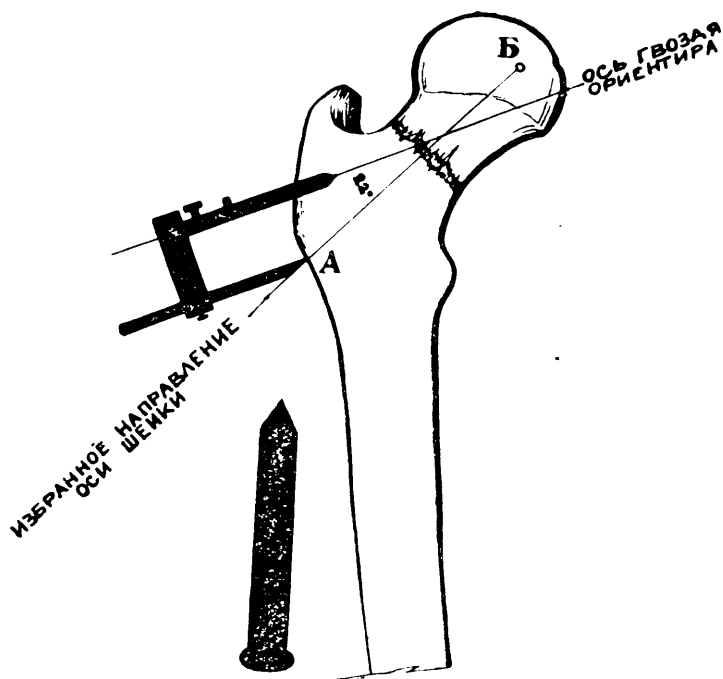


Рис. 3. Схема дорзовентральной рентгенограммы

Затем, насадив на грани гвоздика угловую линейку, прорезью ее длинного колена на коже бедра по линейке проводят полоску раствором бриллиантовой зелени. Чем правильнее было придано положение гвоздику перед его вбиванием, тем точнее эта полоска будет идти параллельно оси бедра, что не имеет решающего значения, но облегчает последующее рентгенографирование. Область большого вертела покрывается стерильным материалом, и больного направляют в рентгеновский кабинет.

Транспортировка больного даже по этажам больничного здания, несмотря на простоту фиксации, не грозит смещением отломков.

При выполнении дорзовентрального снимка, на бедро ниже вбитого гвоздика и по оси бедра кладется трехлопастный гвоздь определенной длины. Тубус рентгеноаппарата удобнее помещать спереди от больного, а кассету сзади. Тубус должен быть установлен под прямым углом к наведенной на кожу полоске и центрирован на большой вертел.

При выполнении трансверсальной рентгенограммы трехлопастный гвоздь удаляется. Тубус устанавливается над 10—11 ребром на высоте центра трубки над больным — 25—27 см и под углом к горизонтальной

плоскости в $45-50^\circ$ и так, чтобы при рентгенографировании центральный луч находился в одной плоскости с полоской на коже бедра. Кассета должна находиться под внутренней поверхностью бедра, прижатая к здоровой ягодице и больному бедру (рис. 2).

На снимках тени всех ориентиров (гвоздика, трехлопастного гвоздя, стилета, шейки и головки) должны быть полностью видны, а отломки должны стоять правильно. При большом отведении ноги и сильном вытяжении отломки будут стоять под углом и с расхождением. Это потребует исправления и повторных снимков, что необходимо и при отсутствии на рентгенограммах теней части ориентиров.

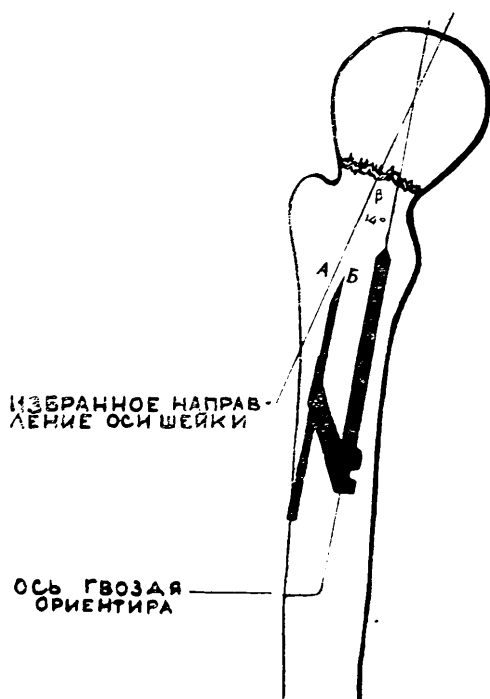


Рис. 4

При дефектных снимках производить расчетов нельзя.

На каждом из снимков проводят две линии, определяющие ось гвоздика и ось будущего положения трехлопастного гвоздя в шейке и головке бедра. При этом вторую линию на каждом снимке следует проводить так, чтобы она пересекла точку, где на снимках кончается острие стилета (рис. 3 и 4). Транспортиром измеряют углы, образовавшиеся от пересечения этих линий, и определяют глубину вбивания трехлопастного гвоздя с помощью измерения его тени на дорзовентральном снимке.

После выполнения расчетов больного отправляют в операционную. Под местным обезболиванием и анестезией по Белеру производится операция. Небольшим разрезом, обнажив скат вертела по ходу стилета, определяют по его острию сначала центр, а затем и всю площадку для введения гвоздя Смит-Петерсена, где удаляется долотом или фрезой кортикальный слой кости. Держатель вместе со стилетом снимается с гвоздика, взамен чего на гвоздик насаживаются соединенные угломеры, устанавливая их под углами, полученными при работе со снимками. Трехлопастный гвоздь с навинченным на него кондуктором вставляют в

приготовленное для него на скате углубление двумя гранями вверх и, установив его параллельно направляющему стержню угломера, вбивают на заданную глубину. Удалив гвоздик-ориентир и зашив рану, больного направляют на контрольное рентгенографирование, которое всегда подтверждает правильное положение гвоздя, если в период обследования хирургом были точно соблюдены наши несложные указания.



Р и с. 5

В настоящее время этот метод одобрен техническим Советом Минздрава Союза ССР после клинической проверки в московских клиниках.

По нашему мнению, предлагаемый нами метод имеет ряд преимуществ перед методами других авторов своей простотой и доступностью, при наличии большой точности результатов.

REIELUUKAELA MEDIAALSETE MURDUDE KINNINE OSTEOSÜNTEES ILMA RÖNTGENOLOOGILISE KONTROLLIMISETA OPERATSIOONI AJAL

L. Šostak

Res ü m e e

Reieluukaela mediaalsete murdude puhul on kinnine osteosüntees valikmeetodiks, kuid meie andmete järgi kasutatakse seda ainult 20—25% kõikidest näidustatud juhtudest. Selleks on mitu põhjust, milledest peamiseks on meie arvates mitmekordse röntgenoloogilise kontrollimise vajadus operatsiooni ajal, mis tunduvalt komplitseerib kirurgide tööd, kes sellistes tingimustes töötamiseks ei oma küllaldasi kogemusi.

Röntgenikontrolli ärajätmiseks haige opereerimisel valmistasime lihtsa seadise, mis koosneb nurgamõõtjast kaldnurkade mõõtmiseks kahel omavahel perpendikulaarsel tasapinnal ja monteeritavast ruudulõikega naelast. See nael viiakse enne operatsiooni reieluu suurde pöördlasse ja on edaspidi peamiseks orientiiriks suuna ning koha määramisel kolmetahulise naela sisseviimisel.

Meetodi korduv kontrollimine arstide poolt mitmetes klinikutes, sealhulgas ka Moskvast, eeldab selle laialdast kasutamist kirurgias, seda enam, et meetod on kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Tehnilise Nõukogu poolt ja seda võib kasutada isegi kirurgiaosakonnas, kus ei ole ortopeedilisi seadmeid ning liikuvat röntgeniparaati.

Sapipõiepõletikuhaigete ravimise tulemustest Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas 1947. kuni 1956. a.

E. Teeäär, E. Ruus

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent H. Petlem, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst H. Boston)

Ajavahemikul 1947. kuni 1956. a. viibis Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgiaosakonnas uurimisel ja ravil 114 sapipõiepõletikuga haiget; neist 59 ägeda koletsüstiidiga (31 primaarse ja 28 retsidiveeruva vormiga) ja 55 kroonilise koletsüstiidiga haiget.

114-st haigest oli 88 naist ja 26 meest, vanuses 15—79 a.

Lahkdiaagnooside esinemise sagedus (saatediagnoosidest 34% ja vastuvõtudiagnoosidest 16,6%) vastab enamvähem kirjanduses esinevatele andmetele [Otškin (10), Uglov (3), Petrov (4) jt.]. Siinjuures peab märkima, et viimase 5 aasta jooksul opereeritud 33 haige kohta erines vastuvõtudiagnoos ainult ühel juhul.

Kolelitiaasi diagnoositi operatsioonil 53 protsendil haigetest.

Hospitaliseeritud 114-st sapipõiepõletikuga haigest opereeriti 59 haiget.

Opereeritud haigetel esinesid järgmised koletsüstiidi vormid: äge katarraalne vorm — 12, äge destruktiivne vorm — 15, perforatiivne vorm — 2 ja krooniline koletsüstiit — 30 korral.

Operatsiooni aega hospitaliseerimisest alates näitab tabel nr. 1

Tabel nr. 1

Põletikuline vorm	24 tundi	3 päeva	Pärast 3 päeva
Äge katarraalne	5	3	4
Äge destruktiivne	6	1	8
Perforatiivne	2	—	—
Krooniline	2	—	28
Kokku	15	4	40

Operatiivseks raviks kasutati järgmisi meetodeid:

Tabel nr. 2

Operatsioon	Kokku	Äge	Kroon.	Eeter-narkoos	Paikne anesteesia	Suri
<i>Cholecystectomy</i>	50	23	27	44	6	5
<i>Cholecystostomia</i>	2	1	1	—	2	1
<i>Choledochotomia</i>	1	—	1	1	—	—
<i>Cholecystogastrotomia</i>	1	—	1	—	1	—
Muud operatsioonid	6	4	2	3	3	—
Kokku	60	28	32	48	12	6

Seega on operatiivse ravi valikmeetodiks olnud koletsüstektomia.

Koletsüstektomia puhul on kasutatud 43 juhul Fjodorovi lõiget; 6 juhul lõiget keskjoonel, mida on hiljem lateraalselt pikendatud, ning 1 juhul pararektaallõiget. Keskjoonelõikega on opereeritud peamiselt juhtudel, kus operatsioonieelne diagnoos oli vale või kahtlane.

Sapipõie eemaldamine toimus *fundus'*est *ductus cysticus'*e suunas. Operatsioonihaav suleti umbselt koos antibiootikumide manustamisega peritoneumiõõnde. 33 juhul jäeti peritoneumiõõnde dreenaž.

Koletsüstektomia lähistulemused

Postoperatiivsete tüsistusteta tervistus 37 haiget. Operatsioonijärgseid tüsistusi esines 13-l koletsüstektomeeritud haigel. Postoperatiivsel perioodil suri 5 koletsüstektomeeritud haiget.

Ägeda koletsüstiidiga opereeritud haigeist suri 3, kusjuures kõigil kolmel juhul oli tegemist hilinenud operatsiooniga (4., 5. ja 8. päeval pärast haigestumist). Neil haigeil tekkis sapiperitoniit, kahel haigel sapipõie perforatsiooni ja ühel haigel destruktiivse sapipõiepõletiku tagajärjel. Neist 2 haiget suri peritoniiti. Kolmas haige paranes peritoniidist, kuid suri *morbis bronchiectaticus*'e ägenemise tagajärjel arenenud pneumooniasse kuu aega pärast operatsiooni.

Kroonilise koletsüstiidiga haigetest suri üks 7-ndal päeval pärast operatsiooni kaasuva haiguse — ajutuumori tagajärjel. Teisel haigel tekkis pärast koletsüstektomiat püsiv sapifistul, millise operatiivsel likvideerimisel tekkis veel sterkoraalfistul ja haige suri üldise kurnatuse tagajärjel.

Seega on peamiseks postoperatiivse letaalsuse põhjuseks operatiivse ravi hilinemine.

Võrreldes letaalsust aastate kaupa võime konstateerida, et viimase 6 aasta jooksul on 41-st koletsüstektomeeritud haigest surnud 1, kuna 3 eelmise aasta jooksul suri 14-st opereeritust 4 haiget.

Tüsistustest esines sagedamini sapifistul (7 juhul). Neist kahel juhul kaasnes fistulile peritoniit. 6 haigel fistulid sulgusid operatiivse vahelesegamiseta. Ühel haigel püüti fistulit sulgeda operatiivselt, mis aga ei andnud tagajärgi ja lõppes letaalselt. Peritoniiti postoperatiivse tüsistusena ei esinenud.

Muudest postoperatiivsetest tüsistustest esines kahel haigel ekssudaatiivne pleuriit ja ühel haigel sääreveenide tromboflebiit. Mõlemad haiged tervistusi vastava ravi tagajärjel. Ühel haigel esinenud *morbis bronchiectaticus*'e ägenemine lõppes letaalselt.

Koletsüstektomia kaugtulemused

Kaugtulemused oleme kontrollinud 27-l haigel. Neist 19 haiget käisid kontrollimisel ambulatoorselt ja 8 haiget vastasid kirja teel neile saadetud küsimustele. Ajavahemik operatsioonist kontrollimiseni oli 6 kuud kuni 10 aastat.

18 haigelt ei õnnestunud saada kaugtulemuste kohta andmeid.

27-st kontrollitud haigest 23 haiget tervistusi. Valud paremas hüpohondriumis esinesid 8-l haigel, neist kolmel haigel esinesid valud sama intensiivsusega kui enne operatsiooni. Viiel haigel esinesid valud harva ja vähema intensiivsusega kui enne operatsiooni. Düspeptiliste vaevuste all kannatas 10 haiget, neist 3 pidevalt. 7-l haigel esinesid düspeptilised nähud harva ning ei seganud haiget oluliselt. Uuritud haigetest kuuel on postoperatiivselt diagnoositud gastriiti, kahel kolangiiti ning kahel kolangiiti ja gastriiti koos. Enamikul neist haigeist diagnoositi gastriiti ja kolangiiti ka juba enne operatsiooni, mis näitab, et kroonilise kolangiidi ja gastriidi nähud ei ole *cholecystectomy*'ga kõrvaldatavad. Osalist dieeti peavad 6 haiget. Rangel dieetil ei ole ükski haige. Sapiteede haigustega oli ravil 2 haiget (1 kroonilise kolangiidiga ja teine sapikivi retsidiiviga). Sapikivi retsidiiviga haige saabus kontrollile tugevasti väljaarenenud mehaanilise ikterusega, mis tekkis 14 kuud pärast koletsüstektomiat. Haiglas eraldati operatsiooniga *ductus choledochus*'est konkrement. Teistkordsel haiglast lahkumisel oli haige seisund hea. Mainitud juhtum on arvestatud halbade kaugtulemuste hulka.

Kontrollimisele kutsutud haigetest oli 2 haiget vahepeal surnud. Üks neist oli surnud pärast günekoloogilist operatsiooni, teine haige oli surnud

1,5 kuud pärast operatsiooni kolangiidi ja hepatiidi tagajärjel, mis haigel esinesid juba enne operatsiooni.

Parema ülevaate saamiseks ja kokkuvõtte tegemiseks jaotasime haiged head ja rahuldavate kaugtulemustega haigete ning halbade kaugtulemustega haigete rühma.

Meie poolt kontrollitud koletsüstektomeeritud haigetest oli võimalik konstateerida häid ja rahuldavaid kaugtulemusi 24 juhul. Nende hulka kuuluvad opereeritud, kes täielikult tervistusid või tunduvalt paranesid. Need haiged jätkavad töötamist ning ei ole pöördunud uuesti ravile.

Halbade tulemuste hulka paigutasime 3 haigusjuhtu. Neist üks 62-aastane naishaige (kroonilise koletsüstiidiga opereeritud) suri 1,5 kuud pärast operatsiooni kodus ägenenud kolangiidi ja hepatiidi tagajärjel. Teine oli 43-aastane naine, kes koletsüstektomeeriti 9. päeval primaarse ägeda kalkuloosse koletsüstiidi diagnoosiga. Haige kaebused jäid püsima ja ta viibis hiljem ravil siseosakonnas kroonilise kolangiidi diagnoosiga. Kolmandaks halva kaugtulemusega juhuks oli 57-aastane naishaige kolelitiaasi retsidiiviga.

Kokkuvõttes võime kontrollitud materjalide põhjal öelda, et koletsüstektomia annab koletsüstiitide ravimeetodina püsivaid positiivseid tulemusi 90% juhtudest.

Terapeutilise ravi tulemustest

Koletsüstiidihaigete operatiivse ravi tulemuste võrdlemiseks töötasime läbi Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakondades 5 aasta jooksul (1952—1956. a.) ravil viibinud haigete haiguslood. Mainitud aja jooksul on siseosakondades hospitaliseeritud koletsüstiidi diagnoosiga 287 haiget 327 korral. 40 korral oli tegemist antud ajavahemikus samade haigete korduvate hospitaliseerimistega. 89-l korral hospitaliseeriti ägeda koletsüstiidi diagnoosiga (27,7%), 238-l korral (72,3%) kroonilise koletsüstiidi diagnoosiga. 287-st haigest olid 51 esmakordselt haigestunud koletsüstiiti (17,7%). 82,3 protsendil haigetest esinesid korduvad koletsüstiidi retsidiivid. Esmakordsel statsionaarsel ravil ja uurimisel viibisid 157 haiget (54,7%), korduvaks statsionaarseks ravimiseks hospitaliseeriti 130 haiget (45,3%) 170 korral. Kirurgi konsultatsioone oli 41 juhul. Siseosakonna poolt suunati kirurgilisse osakonda ravile või soovitati haigetele operatiivset ravi 18 juhul (5,5%).

Analüüsides eespooltoodud andmeid paistavad silma äärmiselt sagedased retsidiivid. Nii on 82,3 protsendil haigetest esinenud korduvad koletsüstiidi retsidiivid. 45,3% haigetest viibisid korduval statsionaarsel ravil, kusjuures antud 5 aasta jooksul samadel haigetele oli tegemist 40 korduva hospitaliseerimisega Tartu Vabariikliku Haigla siseosakondadesse. Need andmed viitavad mitterahuldavatele ravitulemustele koletsüstiitide terapeutilisel ravimisel. Tervistumisi terapeutiliste ravimenetlustega ravitud haigetel pärast statsionaarset ravi oli neil andmeil tunduvalt vähem kui operatiivselt ravitud haigeil. Sama kinnitavad ka kirjanduse andmed [Kamentšik (5)].

Terapeutide ja kirurgide vahelist koostööd iseloomustab kirurgiliste konsultatsioonide vähesus (12% haigetest) ning vähene kirurgilisele ravile suunatud haigete arv (5,5% haigetest). Kirurgilisele ravile suunatud haigete arv on väiksem haigete arvust, kellel siseosakonnas oli diagnoositud *cholelithiasis* (8,8% haigetest). Terapeutilise ravi tulemused ei näi õigustavat nii vähest kirurgilisele ravile suunamist niihästi terapeutide kui ka konsulteervate kirurgide poolt.

1952-1956. aastatel on siseosakondades ravil viibinud ka 2 haiget, kelledel on varem teostatud koletsüstektomia. Mõlemal juhul diagnoositi anatsiidne gastriit ning krooniline kolangiit.

Analüüsitud materjalide põhjal võime teha järgmised järeldused:

1. Meil puudub veel rahuldav koostöö terapeutide ja kirurgide vahel sapipõiepõletikuga haigetele operatiivse või konservatiivse ravi näidustuse määramisel.

2. Ägeda koletsüstiidiga haiged tuleb hospitaliseerida kirurgiaosakonda.

3. Ägeda destruktiivse koletsüstiidi kahtluse puhul tuleb kasutada varajast operatiivset ravi, sest hilise operatsiooni puhul on ravitulemused halvad, suurenevad letaalsus ja komplikatsioonide arv.

4. Krooniliste retsidiveeruvate koletsüstiitide puhul annab kirurgiline ravi paremaid tulemusi kui terapeutiline ravi.

5. Koletsüstektomia abil ei ole kõrvaldatavad kroonilise gastriidi ja kolangiidi nähud, mida tuleb arvestada operatiivse ravi näidustuste määramisel.

KIRJANDUS. 1. Стручков В. И., Григорян А. В. Вестн. хир. 78, I, 50, 1957. — 2. Смирнов А. В. Вестн. хир. 74, I, 14, 1954. — 3. Углов Ф. Г. Хирургия 1954, 2, стр. 3. — 4. Петров Б. А. Хирургия 1955, 5, стр. 3. — 5. Каменчик М. Г. Хирургия 1955, 5, 27. — 6. Норенберг-Чарквиани А. Е. Хирургия 1955, 5, 37. — 7. Джавадян А. М. Хирургия 1956, 6, стр. 22. — 8. Милонов П. А. Хирургия 1956, 6, 43. — 9. Петров Б. А. Хирургия 1956, II, стр. 3. — 10. Очкин А. Д. Избранные произведения, М., 1956.

О результатах лечения больных холециститом в Тартуской республиканской клинической больнице за 1947—1956 гг.

Э. Теэяр и Э. Руус

Резюме

В статье приводится анализ результатов лечения 114 больных холециститом за последние десять лет в хирургическом отделении клиники. Для сравнения авторы анализировали и данные о 287 больных, лечившихся в терапевтических отделениях клиники с 1952 по 1956 год.

У больных, госпитализированных в хирургическом отделении, диагноз направления совпадал с окончательным диагнозом в 66% случаев, диагноз приема — в 83,4% случаев.

Каменный холецистит оказался у 53 % оперированных. У больных, лечившихся в терапевтических отделениях, каменный холецистит диагностирован только в 8,8% случаев.

Оперативное лечение применялось к 59 больным из 114, находившихся на лечении в хирургическом отделении. Холецистэктомия применялась к 50 больным, из которых умерло 5 в послеоперационный период.

Отдаленные результаты лечения известны у 27 больных, которым сделали холецистэктомию, из них 24 с хорошими и удовлетворительными и 3 с неудовлетворительными результатами.

В заключение можно сделать следующие выводы:

1. Отсутствует достаточная совместная работа между хирургами и терапевтами при назначении консервативного или оперативного лечения больных холециститом.

2. Больных с острым холециститом надо госпитализировать в хирургическом отделении.

3. Надо улучшать диагностику холецистита и холелитиаза.

4. При остром деструктивном холецистите надо применять раннее оперативное лечение, потому что несвоевременная операция может дать плохие результаты — летальность и увеличение количества осложнений.

5. При хроническом рецидивирующем холецистите хирургическое лечение дает лучшие результаты, чем терапевтическое.

Aneurüsmidest loiult kulgevate endokardiitide puhul

A. Tuch

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst M. Smirnova)

Aneurüsme seostatakse tavaliselt traumaga, süüfilisega, harvemini ateroskleroosiga. Enamasti langevad diferentsiaaldiagnostika ringist välja sellised aneurüsmid, nagu erosiivsed, mükootilised (s. o. emboolilised) ja lõpuks allergiliste vaskuliitide puhul esinevad aneurüsmid [A. Abrikossov (1)].

Mükootiliste aneurüsmide ja allergiliste vaskuliitide tekkimisel etendavad erilist osa ägedad ja kroonilised toksilised nakkusprotsessid, sealhulgas ka alaägedad endokardiidid. Haigetel, kes on surnud septiliste endokardiitide tagajärjel, avastatakse kirjanduse andmeil lahkamisel 10 protsendil juhtudest mitmesuguste arterite aneurüsme [T. Šaak (4)].

Ülaltoodu selgitamiseks toome haigusloo:

55-aastane haige I. (Hgl. nr. 15725) toodi Tallinna Vabariiklikku Haiglasse 8. detsembril 1955. a. diagnoosiga «Vasaku sääre tromboflebiit».

Haigus algas äkki umbes kolm nädalat tagasi: kõndimisel tekkis järsku valu vasaku sääres, mis oli nii tugev, et haige sai vaevu edasi liikuda. Enne haiglasse saabumist ravis haige kodus tromboflebiiti. Haiglas viibis esimese 10 päeva jooksul sama diagnoosiga, kuni 19. detsembril 1955. a. diagnoositi *a. recurrens tibialis anterior*'i aneurüsmi vasaku sääre ülemise ja keskmise kolmandiku piiril. Peale selle avastati haigel kompensatsiooninähtudeta kombineeritud aortaalne-mitraalne südamerike. Arvestades, et haige 20-aastaselt põdes raskekujulist angiini ja sellest ajast alates tundis, et «südamega ei ole kõik korras», 4 aasta eest aga viibis südamehaigusega statsionaaris, tunnistati tekkinud südamerike reumaatiliseks.

Vasaku sääre haigestumisele mingit traumat ei eelnenud. Wassermanni reaktsioon oli negatiivne. Kogu haiglas viibimise aja jooksul oli haige kehatemperatuur normaalne, kuid SR kõrgenes tunduvalt (umbes 50 mm). Rindkere röntgenoskoopia näitas, et kopsuväljad on emfüseematoossed, süda laienenud vasaku vatsakese ja pisut ka parema vatsakese arvel, aordi ülemine osa tihenunud ja laienenud. Elektrokardiogramm kinnitas uurimise tulemusi.

Röntgenogrammil ilmnesid vasaku sääre ülemisel ja keskmisel kolmandikul ebamäärase kujuga väikesed varjud ja lubjastunud tihenemised, mis asetsesid kaarekujuliselt pindluu ja sääreluu vahel. Röntgenoloogilise pildi järgi otsustas röntgenoloog, et võib oletada vasaku sääre aneurüsmi seina lubjastumist. Vere analüüs: Hb 67%, leukots. 7000, eosinof. 1%, keppt. 5%, segmentt. 52%, lümfots. 35%. Uriin normi piirides. Roojamine normaalne. Haiglasse saabumisel olid haigel veel tunded valud, mis järk-järgult vähenesid. Haige üldseisund oli kogu aeg täiesti rahuldav. 3. jaanuaril 1956. a., s. o. 25-ndal haiglasviibimise päeval kell 4 öösel, tekkisid haigel defekatsiooni ajal valud kõhus. Haige muutus kahvatuks ja hakkas visklema. Roe oli must. Pulss kadus. Haige teadvus kadus. Hapniku andmine ja kofeiini, kampri ning lobeliini süstimised nahaalusi ei andnud tulemusi. Emboliohu tõttu loobus valvearst vereülekandest. Kell 6 haige suri.

Pidades silmas, et käesoleval juhul traumat aneurüsmi põhjustajana ei esinenud, teisi võimalikke põhjusi aga ei arvestatud, siis võeti vaatamata negatiivsele Wassermanni reaktsioonile ja oletatavale reumaatilisele südamekahjustusele ikkagi kogu patoloogilise protsessi aluseks lues kui kõige tuntum etioloogiline tegur aneurüsmide tekkimisel. Lähtudes sellest, oli süüfilis aluseks, millele tuli rajada põhidiagnoos ja vastavad tüsistused. Sellest tulenes kliiniline põhidiagnoos: vistseraalne süüfilis. Tüsistused: süfiliitiline mesoaortiit, aordiklapi puudulikkus, vasaku sääreluuarteri aneurüsm; aordi või mõne muu magistraalsoone rebenemine soolevalendiku lõhkemisega.

Patoloogilis-histoloogiline diagnoos

Pikaleveniv septiline endokardiit, mis arenes aordiklapi reumaatilise rikke taustal; aordiklapi taastuv haavandilis-tüükaline endokardiit koos klapi puudulikkuse ja aordisuistiku stenoosiga.

Kardioskleroos, peamiselt südame pärgarterite aterosklerootilist laadi kahjustusega. Aort helekollane, hajutatud tumekollaste naastudega, kohati kivikõva. Aort muutunud peamiselt kõhuosas. Vasaku sääre tagumise sääreluuarteri mükootilis-embooliline aneurüsm, mõõtmetega 4,5×4,5 sm, veresoone seinaga tihedasti liitunud seinapidiste trombidega. (Histoloogilist uurimist ei teostatud). Paljud peensoole limaskesta kapillaarvenoosse hüpereemia segmentaarsed piirkonnad koos rohke verise sisaldisega peensoole valendikus. Kinnisti veresooned ja soolekapillaarid laienenud. Kopsude emfüseem ja turse. Parenhümatoossete elundite düstroofia. Äge posthemorraagiline aneemia.

Kinnisti ja peensoole kahjustatud piirkondade histoloogiline uurimine avastas veresoontes hüperergilist laadi allergilisi muutusi. Samasuguseid muutusi avastati ka maksa ja põrna veresoontes.

Eespooltoodud tähelepanek võimaldab teha järgmise kokkuvõtte:

1. Aneurüsmide puhul, mis ei ole põhjustatud traumast ning kus puuduvad ilmsed andmed süüfilise kohta, peab mõtlema nende tekkimise võimalusele alaägedate endokardiitide taustal, eriti siis, kui viimaseid kliiniliselt diagnoositakse.

2. Nii väikeste kui ka tugevate verejooksude korral sõltumata selle lokalisatsioonist, peab mõtlema, kas nende põhjustajaks ei ole allergilishemorraagiline vaskuliit, eriti kui organismis leidub mõni teine toksiline nakkuskolle [J. Tarejev (3)].

3. Allergilised veresoonte muutused omandavad ühtedel juhtudel üldise, teistel — isoleeritud veresoonte haigestumise laadi, olles seejuures ise mõnikord eri arenemisfaasides.

KIRJANDUS. 1. Абрикосов А. И. Частная патологическая анатомия. Вып. II 1947, стр. 127, 391—393, 401—403, 453—457. — 2. Левкина А. С. Архив патологии 1956, 57, 76—84. — 3. Тареев Е. М. Советская медицина 1956, 5, 10—18. — 4. Шаак Т. В. Вестник хирургии имени И. И. Грекова 1957, 3, 119—122.

Об аневризмах при вяло протекающих эндокардитах .

А. Тух

Резюме

При аневризмах, когда исключается травма и в анамнезе отсутствуют явные данные о сифилисе, необходимо предполагать возможность их возникновения на почве подострых эндокардитов, тем более, если последние клинически выявляются.

При кровотечениях как малых, так и сильных, независимо от их локализации следует считаться с возможностью происхождения кровотечений вследствие наличия аллергических и геморрагических васкулитов, в особенности когда в организме имеется тот или иной инфекционный или токсический очаг (3).

Аллергические сосудистые изменения принимают в одних случаях характер системного, в других — изолированного сосудистого заболевания, находясь при этом иногда в различных фазах развития (2).

Kõhuaordi pingsa pulsseerimise sümptoomi tähtsusest tuberkuloosse mesadeniidi diagnoosimisel

S. Poletajev

Seoses kopsutuberkuloosi antibakteriaalse ja kirurgilise ravi suurte edusammudega on viimastel aastatel kavernoosse kopsutuberkuloosi hooletusse jäetud vormide erikaal tunduvalt vähenenud. Seega levib nakkus organismis sputogeensel teel märksa harvemini. Ühtlasi on vähenenud ka sellised rasked kopsutuberkuloosi tüsistused nagu ekssudatiivne haavandiline soolte- või kõrituberkuloos. Seda ei saa aga öelda lümfogeense ja hematogeense dissemineerinud tuberkuloosi kohta. Ravimenetluste õigeaegseks rakendamiseks omab üha suuremat tähtsust täiskasvanute esmase tuberkuloosi probleem. Kõik see sunnib ftisiaatreid tuberkuloosete lümfadeniitide diagnoosimise ja ravi küsimust laialdaselt üles tõstma.

Üheks keerukamaks küsimuseks kaasaegses ftisiaatrias on mesentee-riumi lümfisõlmede tuberkuloosi diagnoosimine ja ravimine. Seda haiguse lokaliseerimist on raske diagnoosida. 32 aastat tagasi kirjutas tuntud nõukogude ftisiaater A. Sternberg mesenteeeriuminäärmete tuberkuloosi kohta: «Lahkamislaual esineb see haigus võrdlemisi sageli, kliinikus aga harva». A. Jurkina (14) kirjutas 1950. a., et kopsutuberkuloosi puhul leiti lahkamisel 42,5 protsendil lastest ka tuberkuloosne mesadeniit. Elupuhuselt diagnoositi seda aga ainult 8 protsendil.

Kliiniliselt kulgeb tuberkuloosne mesadeniit aga sageli kroonilise apenditsiidi, kroonilise gastriidi, koletsüstiidi või kroonilise tuberkuloosse intoksikatsioonina, subfebriliteedina jne.

Mesadeniidi diagnoosimise raskused seisnevad selles, et sel puhul puuduvad haigusel igasugused patognoomilised sümptoomid. Kuid sellepärast ei saa veel kõnelda diagnoosimise perspektiivtusest. Haigust saab tunduvalt sagedamini diagnoosida, kui arst pidevalt haiget jälgib ja summaarset sümptomaatikat oskuslikult vastandab.

Eespool mainisime, et tuberkuloos levib käesoleval ajal kõige sagedamini lümfohematogeensel teel. M. Ariel arvab, et ülemised mesentee-riumi, nimelt väikese rasviku sõlmed on ka kopsu alumistele osadele regionaalsed. Järelikult võivad nad pärast läbipõetud esmast kompleksi saada nakkuse reservuaariks. Edaspidi võivad siin superinfektsiooni või teiste organismi nõrgestavate tegurite mõjul alati areneda hüpersensibilisatsiooni piirkonnad. Seega võivad need sõlmed muutuda tuberkuloosi aktiveerumise kolleteks. Samal määral võib mesenteriaalsete sõlmede tuberkuloos olla esmase tuberkuloosi esimeseks tunnuseks.

Enamik kaasaegseist autoreist arvab, et Sternbergi ristamise ja mesenteriaalne sümptoom on käesoleval ajal kaotanud oma tähtsuse (A. Jurkina, M. Skupnik, A. Lebedev, N. Horošmanenko). See võib olla seoses eelkõige lümfisõlmede tuberkuloosi lokaliseerimise muutumisega, mis otseselt sõltub nakkuse levimise teedest.

1953.—1958. a. jooksul täheldasime kliinikus 36 juhtu isoleeritud mesentee-riumi lümfisõlmede tuberkuloosi täiskasvanutel. Sageli täheldati seda haigust noortel, 18- kuni 25-aastastel patsientidel. Ainult neljal juhul esines seda ka vanematel inimestel.

Nagu tähelepanekud näitavad, on tuberkuloosse mesadeniidi kliiniline pilt väga mitmesugune ja koosneb sümptoomidest, mis sõltuvad üldisest kroonilist tuberkulooset intoksikatsiooni iseloomustavatest, kohalikest lümfisõlmede kahjustustest ning nende surumisest naaberelunditele.

Kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooni üldised sümptoomid on hästi tuntud. Siia kuuluvad: nõrkus, suurenenud väsimus, «põhjusteta» kõhnumine, isu kadumine, pikemaajaline subfebriliteet, meeleolu muutlikkus.

Verepilt ei ole eriti iseloomulik. Ilmse intoksikatsiooni puhul esineb sageli kõrgenenud SR ja väike suhteline monotsütoos. Kuid sageli esines meil ka normaalne verepilt.

Kohalike sümptomide hulka kuuluvad erineva tugevusega valud, alates nõrgast ja närvast alalisest valust nabapiirkonnas kuni ägedate valuhoogeteni, mis mõnikord simuleerivad «ägedat kõhtu». Valud lokaliseeruvad naba ümbruses, levides vasakule ja üles mesenteeriumijuure ülemise osa kinnitumiskoha kulgemise suunas. Rooja konsistents on muutuv. Sageli vaheldub normaalne roe poolpehmega. Mõnel juhul esineb perioodiline kõhukinnisus.

Diagnoosimisel omab suurt tähtsust kõhu sügav palpeerimine, mis aitab täpsustada valu asukohta. Suurenenud lümfisõlmede palpeerimise võimalus kõhuõõnes jääb käesoleva ajani vaieldavaks. Seoses kohalike peritoniitide moodustumisega ei pea A. Sternberg lümfisõlmede palpeerimist võimalikuks isegi lõdva kõhuseinaga kurtunud inimestel. Mesadeniitide peamiseks diagnoosimisviisiks peab ta valude asukoha kindlaksmääramist. Samal ajal aga kirjutavad A. Jurkina ja N. Horošmanenko isegi herneterasuuruse näärme palpeerimise võimalikkusest. Meile tundub, et kahjustatud lümfisõlmede suurte konglomeraatide palpeerimine on võimalik, kuid see ei või olla mesadeniitide diagnoosi aluseks, sest lümfisõlmi ei õnnestu kaugeltki alati palpeerida. Diagnoosimisel tuleb alati arvesse võtta ka kõiki teisi sümptome, mis kõnelevad selle haiguse poolt. Meie arvates peab diagnoosi aluseks olema sügav palpatsioon, mis määrab kindlaks valude asukoha, ja ühtlasi ka kõik haiguse kõrvalsümptoomid ning kroonilise tuberkuloosi intoksikatsiooni üldine foon.

V. Putškov kirjeldab kõrvalsümptoomi, millest on tunduv abi mesadeniitide diagnoosimisel. Kõhuõõne lümfisõlmede haigestumisel suruvad need kõhuaordile või retseptoritele. Selle tõttu hakkab kõhuaort eriti tugevasti pulseerima. Pulseerimine on mõnikord isegi silmaga nähtav või kergesti käega kombeldav epigastriumi piirkonnas. Seejuures tuleb silmas pida, et kõhuaordi pulseerimine on kergesti märgatav ka kõhnadel inimestel, kes mesadeniiti ei põe, kuid sellele sümptomile tähelepanu pöörates võib mesadeniidi puhul eristada kõhuaordi seina pingsust ja pulsilaine tugevat lööki.

Tunduvalt aitavad mesadeniiti diagnoosida tuberkuliiniproovid, millele organism eriti tugevasti reageerib esmase tuberkuloosi puhul.

Seega annavad kindla aluse tuberkuloosi mesadeniidi diagnoosi püstitamiseks sügava palpeerimise teel täpsustatud iseloomulike valude asukoht naba ümbruses, kõhuaordi pingelise pulseerimise sümptom, paljudel juhtudel lümfisõlmede suurte konglomeraatide palpeerimine kõhuõõnes, rooja muutlik konsistents ja kroonilise tuberkuloosi intoksikatsiooninäht positiivse tuberkuliiniproovi puhul.

Mesenteeriumi lümfisõlmede tuberkuloosi kulus täheldasime kliiniliselt kaht põhivarianti. Esimese variandi puhul prevaleerivad kliinilises pildis kroonilise tuberkuloosi intoksikatsiooni sümptoomid. Sel puhul ilmnevad juba kõhu palpeerimisel haiguse paiksed sümptoomid, millele haige varem tähelepanu ei juhtinud. Teise variandi puhul kerkivad esiplaanile mitmesuguse tugevusega valud kõhuõõnes. Siin on kliinilise pildi aluseks haiguse kohalikud nähud.

Tuberkuloosete mesadeniitide mainitud variantide illustreerimiseks esitame kaks haiguslugu:

20-aastane naishaige O. Tš., üliõpilane (Hgl. nr. 3900, 1956. a. Alates 1955. a. sügisest hakkas tundma nõrkust, väsimust, kaotas huvi õppimise vastu, esinesid subfebrilne temperatuur ja perioodilised alägedad valud nabapiirkonnas. Need nähud arenesid edasi ja haige kõhnus tugevasti. 1956. a. märtsis oli ta haiguse tõttu sunnitud õpingud katkestama. Järelevaatusel esines valulikkus naba piirkonnas ja sellest vasakul ülal. Nabast vasakul võis kombelda lümfisõlmede

väikest konglomeraati. Kõhuordi tugeva pulseerimise sümptoom oli positiivne. Haige paigutati satsionaari. Pärast pikemaajalist antibakteriaalset ja kliimaravi Krimmis paranes seisund tunduvalt — intoksikatsiooninähud kadusid, paiksed muutused vähenesid.

19-aastane naine haige T. V. (Hgl. nr. 278, 1953. a. Leningradi Riiklikust Tuberkuloosi Teadusliku Uurimise Instituudist). Haige toodi 1953. a. märtsis kliinikusse äkivalude tõttu kõhus. Saabumisel oli haige kehatemperatuur 38°. Ta oli ärritatud ja võttis voodis sundasendi. Kõhu palpeerimisel ilmnas tugev valulikkus nabapiirkonnas ja sellest vasakul ülal. Nabast vasakul võis kombelda kreeka pähkli suurust tihket kõb-rulist moodustist. Kõhuaordi pulseerimine oli tugev, esines kõhukinnisus. Pirquet' reaktsioon oli tugevalt positiivne. Diagnoositi tuberkuloosne mesadeniit. Spetsiifilise antibakteriaalse ravi toimel streptomütsiini ja PAS-i ning tibooniiga vaibusid mesadeniidiinähud. 3 kuu pärast kirjutati haige rahuldavas seisundis välja. Hiljem täheldati haigel kaht uut puhangut.

Seega võib meid õiges diagnoosis veenda ainult kõigi mainitud nähtude summa, mitte aga mõni üksik sümptoom. Peab mainima, et mõlema rühma sümptoomid esinevad haiguse iga variandi puhul. Variandi määrab vaid ühtede või teiste sümptoomide esinemise tugevus.

KIRJANDUS. 1. Ариэль М. Б. Туберкулёзные лимфадениты. В кн. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 г. г., 210—211. — 2. Борок М. Р., Пашковой Н. Н. Врачебн. газета, 1926, 15—16, 744—746. — 3. Гогин Е. Е. Вестн. хирургии, 1956, т. 77, 1, 81—86. — 4. Лебедев А. П. Здравоохран. Белоруссии, 1956, 4, 17—22. — 5. Лебедев А. П. Хирургия, 1953, 9, 40—44. — 6. Маначурян Д. А., Элинсон Ф. Л. Туберкулёз брыжеечных лимфатических узлов. В кн. Туберкулёз. Справочное руководство для врачей. М. 1952, 246—248. — 7. Скупник М. А. Клинич. медицина, 1952, 8, 90. — 8. Удрит О. О. К вопросу о терапии больных туберкулёзным мезадениитом и перитонитом. Сборник трудов (Узбекский науч.-иссл. туб. ин-т) т. 3, Ташкент, 1957, 87—90. — 9. Фертик И. М. Врачебн. газета, 1926, № 15—16, 744—750. — 10. Хорошманенко Н. Я. О некоторых особенностях клиники туберкулёзных мезадениитов. Сборник научных трудов (Днепропетровский мед. ин-т), т. 3, 1957, 243—253. 11. Хорошманенко Н. Я. К вопросу о лечении туберкулёзных мезадениитов. Сборник научных трудов (Днепропетр. мед. ин-т), т. 3, 1957, 254—255. — 12. Штернберг А. Я. Врачебн. газета, 1926, № 15—16, 739—744. — 13. Юркина А. И. Туберкулёз лимфатических узлов и серозных оболочек. В кн. Туберкулёз. Руководство для врачей. М., 1955, 276—283. — 14. Юркина А. И. Пробл. туберкулёза, 1950, 1, 54—59. — 15. Юркина А. И. Сов. медицина, 1952, 2, 25—27. — 16. Юркина А. И. Пробл. туберкулёза, 1958, 2, 29—33.

Значение симптома напряженной пульсации брюшной аорты для диагностики туберкулезных мезадениитов

С. Полетаев

Резюме

Одной из наиболее сложных проблем современной фтизиатрии является распознавание и лечение туберкулеза брыжеечных лимфатических узлов.

Как показывают наши наблюдения, клиническая картина туберкулезного мезадениита многообразна. Она складывается из общих симптомов, характерных для хронической туберкулезной интоксикации, и местных симптомов, зависящих от поражения лимфатических узлов и их давления на соседние органы. Давление на брюшную аорту или рецепторные зоны вызывает напряженную пульсацию ее, заметную иногда даже невооруженным глазом или при легком прикосновении руки к области эпигастрия.

Характерная локализация болей вокруг пупка с распространением вверх и влево, уточненная глубокой пальпацией, симптом напряженной пульсации брюшной аорты, в ряде случаев прощупывание крупных болезненных конгломератов узлов в брюшной полости, перемежающийся стул и явления хронической туберкулезной интоксикации при наличии положительной туберкулиновой пробы дают надежное основание для постановки диагноза туберкулезного мезадениита.

SENIILSE KATARAKTI OPERATSIOONIST TARTU VABARIIKLIKU KLIINILISE HAIGLA SILMAOSAKONNAS

V. Savi,

L. Schotter, Ö. Mandel

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna oftalmoloogia ja
otorinolarüngoloogia kateedrist, kateedri juhataja dotsent E. Siirde)

Katarakti ehk vanaduskae ekstraktsiooniks kasutatakse käesoleval ajal põhiliselt kaht kirurgilist meetodit: ekstrakapsulaarset ekstraktsiooni ja intrakapsulaarset ekstraktsiooni.

Ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni meetod seisneb selles, et pärast läätse kapsli avamist eemaldatakse läätse tuum ja kortikaalsed massid, läätse kapsel jäetakse aga sisse. Katarakti intrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul eemaldatakse läätis täielikult, koos selle kapsliga.

Ekstrakapsulaarset meetodit kasutatakse juba ammu ja üsna laialdaselt, katarakti intrakapsulaarset ekstraktsiooni on hakatud seoses operatsioonitehnika viimistlemisega, süstemaatiliselt kasutama alles XX sajandil.

Viimastel aastatel on katarakti ekstraktsiooni küsimust käsitlenud rida autoreid, nagu J. K. Varšavski ja M. G. Rabinovitš, V. P. Strahhov, I. F. Popp, J. M. Botšever, M. L. Tsitovski, P. P. Litvak, D. V. Kantor, S. J. Zolotnikova ja A. A. Klõkova, M. P. Hrjaptšenkova, K. Hrubí, K. Emmrich jt.

Käesoleva töö ülesandeks on analüüsida Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas 10 a. vältel (1946—1955) opereeritud seniilse katarakti juhtumeid, saavutatud nägemisteravust kui ka ekstrakapsulaarse ja intrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul esinevaid tüsistusi.

Kuigi suurem osa autoreid eelistab viimasel ajal intrakapsulaarset katarakti ekstraktsiooni ekstrakapsulaarsele, pole aastaid kestnud diskussioon intra- ja ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni pooldajate vahel seni veel lõppenud.

Intrakapsulaarne katarakti ekstraktsioonimeetod omab eeliseid, võrreldes ekstrakapsulaarsega. Selle meetodi abil on võimalik opereerida katarakti põhiliselt igas staadiumis. Ärritusnähtude puudumise tõttu on postoperatiivne kulg soodsam, sekundaarset katarakti ei esine. Operatsiooniga saavutatud nägemisteravus on tavalisest kõrgem. Mõned autorid arvavad, et tüsistused, nagu klaaskeha väljalangemine ja *ablatio retinae*, esinevad selle meetodi puhul sagedamini. Tehniliselt aga peetakse intrakapsulaarset ekstraktsiooni raskemaks ekstrakapsulaarsest.

Ekstrakapsulaarne katarakti ekstraktsioon on eriti näidustatud küpse katarakti puhul, sest siin on vähem kortikaalseid masse. Selle meetodi puhul on silma ärritusnähud ja põletikud sagedamad ning võib areneda ka sekundaarne katarakt. Visuaalne efekt on tihti veidi madalam kui intrakapsulaarse meetodi puhul. Tehniliselt on ekstrakapsulaarne meetod kergem.

Katarakti ekstraktsiooni puhul on paljudes silmakliinikutes välja arenenud erinevad võtted. Ka meie osakonnas on aastate jooksul välja kujunenud mõned iseärasused, mida rakendame operatsioonil.

Alljärgnevalt toome lühidalt katarakti operatsiooni kirjelduse, nagu see toimub viimasel ajal meie osakonnas.

Operatsioonile määratud haige saab desinfitseerivaid silmatilku. Konjunktiivikoti steriilsust uuritakse selle sekreeidi külviga ning operatsioonile ei asuta enne, kui see osutub steriilseks. Uuritakse pisarateede seisundit ja vajaduse korral teostatakse vastav ravi. Kontrollitakse silma tensiooni. Kliiniliste uuringute ja analüüsideselgitatakse organismi üldseisund ning näidustuste puhul saab haige vastavat ravi. Päev enne operatsiooni saab haige vanni, vajaduse korral tehakse klistiir. Operatsioonipäeva hommikul antakse haigele rahustavaid vahendeid. Ripsmed eemaldatakse. Nägu pestakse seebi ja sooja veega, operatsiooniväli puhastatakse piiritusega. Paikseks tui-
mastuseks kasutatakse 0,5 kuni 1-protsendilist dikaiini. Pupilli laiendamiseks kasu-

tatakse 1-protsendilist homatropiinilahust. Edukalt võib pupilli laiendada adrenaliini-lahusega 1:1000, mida süstitakse 0,3 ml konjunktivialusi. Selle tagajärjel laieneb pupill veel enam ning jääb sellisena püsima ka eeskambri avamisel Adrenaliini süsteid konjunktivialusi võib edukalt asendada kokaiini-adrenaliinitampoonega, mis asetatakse konjunktiivikotti. Akineesia tekitamiseks süstitakse orbiidi välise serva piirkonda 5,0 ml, retrobulaarseks anesteesiaks 1,0 ml 2-protsendilist novokaiinilahust.

Silmapilu avamiseks kasutame ninaseljale ja põsele toetuvat Arruga lauhoidjat, mis ei suru bulbusele ja eemaldab sellest silmalaud. Bulbuse fikseerimine toimub *m. rectus superior*'i kõõluse alt läbiviidud hoideniidiga ja fiksatsiooni pintsetiga. Rahututel haigetel ja neil, kel bulbus asub sügaval orbiidis, kasutame vahel veel hoideniiti ka *m. rectus inferior*'i kõõlusele. Vajaduse korral tehakse kantotomia. Graefe noaga toimub limbaalne lõige umbes sarvkesta ümbermõõdu 2/5 ulatuses. Lõige toimub alati konjunktiivlapiga, millele asetatakse provisoorne sutuur.

Ekstraktsiooni soodustamiseks toimub täielik iridektomia. Noorematel haigetel säilitatakse ümarik pupill peamiselt kosmeetilistel kaalutlustel.

Välja arvatud juhud, kus intrakapsulaarne ekstraktsioon on vastunäidustatud (glaukoom, kõrge vererõhk jt.) püütakse teha intrakapsulaarset ekstraktsiooni. Selle ebaõnnestumise puhul lõpetatakse operatsioon ekstrakapsulaarselt. Läätekapsli haaramiseks kasutatakse Arruga kapselpintsetti, millega kirurg haarab läätse veidi alt-poolt eesmist poolust ja tõmbab haava poole. Samal ajal lükkab ta teise käega läätse Arruga spaatli abil sarvkesta kaudu üles. Assistent hoiab haava lahti, tõstes ühe käega sarvkesta pintseti abil, teise käega aga surub kergelt erilise spaatliga haava skleraalsele servale. See aitab läätse välja tuua ilma pöördeta. Meie kogemuste järgi on selline kombinieritud võte küllaltki tõhus.

Läätekapsli rebenemise puhul lõpetatakse operatsioon ilma instrumente vahetamata ekstrakapsulaarselt. Kui kapslit ei saa haarata, avatakse see tsüstotoomiga või hammaspintsetiga. Operatsioon lõpetatakse ekstrakapsulaarselt, sõlmitakse provisoorne sutuur, reponeeritakse iiris ja korrastatakse haav.

Ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul loputatakse avatud eeskambrit steriilse füsioloogilise lahusega läätsemasside eemaldamiseks undiinist. Kui on karta tüsistusi, tehakse loputus pärast suture'i sõlmimist, soodustades masside väljumist õõnesspaatliga.

Sarvkesta kollapsi esinemisel süstitakse eeskambrisse pärast suture'i sõlmimist haava serva paremaks adapteerimiseks ja klaaskeha eemaletõrjumiseks steriilset füsioloogilist lahust või steriilset õhku. Viimane püsib kambris paremini. Juhul kui klaaskeha ilmub enne läätse eemaldamist, lõpetatakse ekstraktsioon linguga. Kui klaaskeha ilmub nähtavale vähesel määral, amputeeritakse see; hulgalisemal klaaskeha väljalangemisel võetakse lauhoidja ära ja asetatakse suletud silmale jääkülm füsioloogilise lahusega immutatud vatt ning hoitakse seda mõni minut. Selle toimele jääb klaaskeha väljalangemine harilikult seisma.

Pärast intrakapsulaarset ja puhtalt teostatud ekstrakapsulaarset ekstraktsiooni pannakse silma eseriin-pilokarpiini salvi, marfanüüli või sulfadimeziini pulbrit. Asetatakse viieks päevaks binokulaarne ja kümnenda päevani monokulaarne side. Sidumine toimub iga päev, kusjuures peale vajaduse järele kasutatava atropiini või pilokarpiini manustatakse albutsiidi. Viieandast päevast alates võib haige istuda, kümnendast — käia.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla Silmaosakonnas on 10 aasta jooksul (1946—1955) teostatud 560 seniilse katarakti ekstraktsiooni. Katarakti operatsioonid jagunesid aastate kaupa arvuliselt järgmiselt: 1946. a. — 31 juhtu, 1947. a. — 33, 1948. a. — 26, 1949. a. 48, 1950. a. — 53, 1951. a. 63, 1952. a. 61, 1953. a. — 77, 1954. a. — 78 ja 1955. a. — 90 juhtu.

Siit näeme, et kataraktioperatsioonide arv on aastast aastasse tõusnud ja oli 1955. a. ligi kolm korda suurem kui 1946. aastal.

Vaadeldes seniilse katarakti esinemist soo ja vanuse järgi näeme, et mehi oli 192 (34,3%), naisi 368 (67,7%), seega oli naisi ligi kaks korda rohkem.

41—50 eluaastani oli 12 juhtu (2,1%), 51—60. a. — 61 (10,9%), 61—70. a. — 223 (39,8%), 71—80. a. — 230 (41,1%), 81—90. a. — 34 juhtu (6,1%).

Mehi oli kõige rohkem 61—70 a. vanuses ja naisi 71—80 a. vanuses. Kõige noorem haige oli 41-aastane ja kõige vanem 92-aastane.

Haigetel esinesid järgmised kataraktistaadiumid: *Cataracta senilis nondum matura* — 5 (0,9%), *fere matura* — 409 (73,0%), *matura* — 125 (22,3%), *hypermatura* — 21 (3,8%). Seega moodustasid peamise kontingendi haiged *fere matura* staadiumis.

Võib märkida, et intrakapsulaarsete ekstraktsioonide arv näitab aastast aastasse tõusu. Silmaosakonna tegevuse algaastail kasutati peamiselt ekstrakapsulaarset meetodit, hiljem mindi aga üle intrakapsulaarsele kui efektiivsemale meetodile. Kui ajavahemikul 1946—1950 oli intrakapsulaarseid ekstraktsioone 61 ja ekstrakapsulaarseid ekstraktsioone 130, siis 1951—1955. a. oli intrakapsulaarseid ekstraktsioone 221 ja ekstrakapsulaarseid 158.

Seniõlsed kataraktid opereeriti täieliku iridektoomiaga 545 juhul, perifeerse iridektoomiaga — 9 ja ilma iridektoomiata 6 juhul, milledest kaks viimast teostati 1955. aastal.

Nii intrakapsulaarse kui ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni efektiivsuse hindamisel tuleks vaadelda nende operatiivsete meetoditega saavutatud nägemisteravust.

Meil puuduvad hilisemad andmed suurema osa opereeritud haigete nägemisteravuse kohta, seepärast piirdume nende nägemisteravuse vaatlusega haiglast lahkumisel, s. o. teisel või kolmandal nädalal pärast operatsiooni. Seejuures peab arvestama, et tavaliselt mõne kuu jooksul nägemisteravus tunduvalt paraneb.

Võrreldes haigete nägemisteravust, näeme, et intrakapsulaarse operatsiooniga saavutatud nägemisteravus on kõrgem kui ekstrakapsulaarse meetodi puhul.

Head nägemisteravust — 1,0 kuni 0,4 täheldati pärast intrakapsulaarset ekstraktsiooni 131 (48,1%) juhul ning pärast ekstrakapsulaarset operatsiooni 58 (20,1%) juhul.

Rahuldav nägemisteravus — 0,3 ja sellest alla esines pärast intrakapsulaarset ekstraktsiooni 118 (43,4%) ja pärast ekstrakapsulaarset ekstraktsiooni 183 (63,6%) juhul.

Mitterahuldav nägemisteravus — 0,05 kuni valgustunne — esines samuti ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul kaks korda sagedamini kui intrakapsulaarse operatsiooni puhul. (Mõlema operatsioonimeetodi puhul olid madala nägemisteravuse põhjuseks paljudel juhtudel degeneratiivsed muutused silma põhjas).

Klaaskeha kaotust oli meil 47 juhul. Enamikus esines klaaskeha kaotus väiksemates kogustes, tilkadena, üksikjuhtudel ka suuremates kogustes. Intrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul klaaskeha väljalangemine oli sagedam, esinedes 35 juhul (12,8%), ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul 12 juhul (4,2%).

M. P. Hrjaptšenkova (10) sai klaaskeha kaotust intrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul 14,0% ja ekstrakapsulaarse puhul 7,9%, M. L. Tšitovski (9) vastavalt 24,2% ja 8,4%.

Tüsistusi verejooksude näol esines meie osakonnas järgmiselt: suuremaid verejookse eeskambris operatsiooni ajal oli üksikjuhtudel; postoperatiivseid verejookse esines 18 korral, neist intrakapsulaarse operatsiooni puhul 4-l ja ekstrakapsulaarse puhul 14-l juhul.

Ekspulsiivseid verejookse esines 10 aasta jooksul kahel haigel. Mõlemad olid naised, üks 67 a., teine 76 a. vana. Haigetel tekkis operatsiooni päeval voodis tugev oksendamine, millele järgnes ekspulsiivne verejooks. Ühel neist oli tehtud intrakapsulaarne, teisel ekstrakapsulaarne operatsioon.

Operatsioonijärgseid iirise väljalangemisi haavast esines meie osakonnas 10 korda, võrdselt nii ekstrakapsulaarse kui intrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul.

Tõsisemaid postoperatiivseid iriite ja iridotsükliite täheldati meie haigetel 11-l juhul (2,0%). Kõik need esinesid pärast ekstrakapsulaarset ekstraktsiooni.

Pärast ekstrakapsulaarset ekstraktsiooni esines 82 haigel pupilli piirkonnas kortikaalseid masse. Viimasel ajal saavutasime seoses eeskambri

ohtra loputamisega füsioloogilise lahusega operatsiooni ajal ka ekstrakapsulaarse ekstraktsiooni puhul täiesti puhta pupilli.

Selle tõttu postoperatiivne kulg ja operatsiooni resultaadid lähenesid intrakapsulaarse ekstraktsiooniga saadud tulemustele.

Kokkuvõttes võime öelda, et intrakapsulaarne ekstraktsioon omab mitmeid eeliseid võrreldes ekstrakapsulaarse ekstraktsiooniga: võimalus opereerida katarakti, mitte oodates selle valmimist, soodne operatsiooni-järgne kulg ja tunduvalt kõrgem visuaalne efekt.

Komplikatsioonide suhtes ei erine meie andmete järgi intrakapsulaarne ekstraktsioon tunduvalt ekstrakapsulaarsest. Viimasele on aga omane sekundaarse katarakti tekkimise oht.

Seetõttu väärib intrakapsulaarne ekstraktsioon tehnilistele raskustele vaatamata laialdasemat rakendamist.

KIRJANDUS. 1. Варшавский Я. К. и Рабинович М. Г. Вестн. офтальмологии т. 3, 1933. — 2. Страхов В. П. Вестн. офтальмологии т. 6, 1935. — 3. Копп И. Ф. Вестн. офтальмологии т. 14, 1939. — 4. Бочеввер Е. М. Вестн. офтальмологии т. 24, 1947. — 5. Цитовский М. Л. Вестн. офтальмологии т. 28, 1949. — 6. Литвак П. П. Офтальмол. ж., т. 3, 1953. — 7. Кантор Д. В. К методике операции старческой и предстарческой катаракты. Сборник научн. работ Минского мед. ин-та, т. 13, 1953. — 8. Золотникова С. Я. и Клыкова А. А. Вестн. офтальмологии т. 33, 1954. — 9. Цитовский М. Л. Операция катаракты в условиях городской межрайонной больницы. Библиотека практического врача, 1954. — 10. Хряпченкова М. П. К вопросу об интракапсулярной экстракции катаракты. Труды Смоленского мед. института, т. 5, 1955. — 11. Hrubí, K. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 130. Band. 6. Heft, 1957. — 12. Emmrich, K. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 131. Band. 3. Heft, 1957.

Об операции сенильной катаракты в глазном отделении Тартуской республиканской больницы

В. Сави

Л. Шоттер, Ы. Мандель

Резюме

Операция экстракции катаракты производится в последние годы в глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы, за исключением противопоказанных случаев, интракапсулярным методом, и лишь при неудаче экстракция заканчивается экстракапсулярно.

В отделении при операции пользуются следующим комбинированным методом экстракции.

В то время как хирург одной рукой с помощью капсульного пинцета тянет хрусталик и другой рукой шпателем через роговицу толкает его, ассистент одной рукой с помощью пинцета открывает рану, приподнимая край роговицы, а другой рукой с помощью шпателя отдавливает склеральный край раны книзу, чем облегчает выведение хрусталика без поворота.

За 10 лет (1946—1955 гг.) в глазном отделении было произведено 560 операций удаления старческой катаракты, из них 192 (34,3%) у мужчин и 368 (65,7%) у женщин. Больные были в возрасте от 41 до 92 лет, в большинстве случаев — 60—80 лет. Большая часть оперированных катаракт (73,0%) была почти в зрелой стадии.

Соотношение интракапсулярной и экстракапсулярной экстракций с годами изменялось в пользу интракапсулярной. Так, если в первые годы применяли почти исключительно экстракапсулярный метод, то с течением времени мы перешли на интракапсулярный. Таким образом, за 1946—1950 гг. было произведено 61 интракапсулярная и 130 экстракапсулярных, а за 1951—1955 гг. — 221 интракапсулярная и 158 экстракапсулярных экстракций. Острота зрения при выписи из стационара после интракапсулярной экстракции значительно превышала остроту зрения после экстракапсулярной экстракции. Так, хорошее зрение от 1,0 до 0,4 наблюдалось при интракапсулярной в 48,1% случаев и лишь в 20,1% случаев при экстракапсулярной экстракции; удовлетворительная острота зрения — 0,3 и ниже была в 43,4% случаев при интракапсулярной и в 63,6% случаев при экстракапсулярной экстракции; неудовлетворительное зрение от 0,05 до светоощущения также оказалось в два раза большем количестве случаев после экстракапсулярной экстракции. Во многих случаях (при обоих методах экстракции) низкая острота зрения зависела от дегенеративных изменений на глазном дне.

Два глаза погибло от экспульсивного кровоизлияния.

Выпадение стекловидного тела наблюдалось при интракапсулярной чаше (12,8%), чем при экстракапсулярной экстракции (4,2%).

Значительные интрабульбарные кровоизлияния (18 случаев) наблюдались при экстракапсулярной несколько чаще, чем при интракапсулярной экстракции.

Выпадение радужки встречалось редко, с одинаковой частотой при интракапсулярной и экстракапсулярной экстракциях.

Тяжелые послеоперационные иридоциклиты наблюдались в 11 случаях (2,0%) и все после экстракапсулярной экстракции.

У 82 больных после экстракапсулярной экстракции к моменту выписи наблюдались остатки хрусталика в области зрачка. В последнее время в связи с применением обильного промывания передней камеры физиологическим раствором получали совершенно чистый зрачок и при экстракапсулярной экстракции. Благодаря этому послеоперативное течение и результаты операции после экстракапсулярной экстракции приблизились к таковым при интракапсулярной экстракции.

Интракапсулярная экстракция имеет ряд преимуществ перед экстракапсулярной: операцию можно производить, не дожидаясь созревания катаракты; послеоперационный период протекает спокойнее, полученная острота зрения выше. По частоте и характеру осложнений, по нашим данным, интракапсулярная экстракция не отличается значительно от экстракапсулярной, при которой имеется опасность образования вторичной катаракты. Поэтому, метод интракапсулярной экстракции, несмотря на некоторые технические трудности, заслуживает более широкого применения.

Применение фурацилина при некоторых наружных заболеваниях глаз

Ф. Пуршев

Наряду с давно известными методами лечения заболеваний глаз в последнее десятилетие начала широко применяться терапия препаратами из группы сульфаниламидов, а также и антибиотиков. Одним из существенных недостатков последних методов лечения являются случаи возникновения резистентных форм инфекционных возбудителей. В результате этого значительно снижается терапевтическая ценность применения антибиотиков и сульфаниламидов при отдельных разновидностях микробных заболеваний, в том числе и при заболеваниях глаз.

В этом плане известный интерес может вызвать химиотерапевтический препарат из группы нитрофуранов — фурацилин, отличающийся исключительно широким спектром антимикробного действия и сравнительно малой токсичностью. Этот препарат недостаточно изучен с точки зрения способов применения его в практике лечения заболеваний глаз. Вместе с тем исследование этого вопроса представляется весьма важным.

К началу наших наблюдений (1952 г.) в литературе было опубликовано мало работ по применению фурацилина в офтальмологии, что побудило нас провести клинические исследования.

Наши наблюдения проведены на 1156 больных. Из них проводилось наблюдение на 56 больных с целью профилактического очищения конъюнктивального мешка от патогенной микрофлоры перед операциями.

Распределение больных по группам заболеваний приводится в таблице 1.

В своих наблюдениях мы пользовались методикой местного применения фурацилина. Препарат вводился путем инстилляций капель в конъюнктивальный мешок, субконъюнктивальных инъекций раствора препарата, закладывания за веки, массажа конъюнктивы век фурацилиновой мазью или при необходимости указанные методы применялись в комбинированном виде. У всех больных до лечения производились бактериоло-

Т а б л и ц а 1

Диагноз	Количество больных
Острые и подострые конъюнктивиты	468
Хронические конъюнктивиты и блефариты	320
Трахома	129
Язвы роговой оболочки	97
Ожоги глаз	86

гическое и бактериоскопическое исследования отделяемого конъюнктивального мешка, при блефарите — материала с краев век, а при язве роговой оболочки — соскоба с поверхности язвы. Во время лечения производились такие же повторные исследования через каждые 24 или 48 часов.

Больные с острыми конъюнктивитами в основном были первичными, и лечение их проводилось впервые. Большинство больных с подострыми конъюнктивитами обратилось за помощью в период обострения процесса в глазу, и лечение их проводилось спустя некоторое время после предыдущей терапии.

Лечение проводилось методом инстилляций в конъюнктивальный мешок 1 : 5000 раствора фурацилина через каждые 2 часа. На ночь за веки закладывали 1 : 500 фурацилиновую мазь. Сон больного не нарушался. При такой терапии наступило выздоровление в 84,6%, улучшение — в 11,7%, эффекта не получено — в 2,6%, наступило ухудшение — в 1,1% случаев. Сроки выздоровления наших больных составляют 6—7 дней. Отделяемое из конъюнктивальных мешков прекратилось в основном после применения фурацилиновых капель через 3—4 суток. Субъективные ощущения в глазах в виде светобоязни, боли, ощущения инородного тела исчезали на 2-й день. Конъюнктивальная флора (стафилококки, пневмококки, палочки Кох-Викса, диплобациллы Моракс-Аксенфельда) в основном исчезала через 1—2—3 суток. Эффекта не получено от применения фурацилина у 12 больных, имеющих сопутствующие заболевания глаз, не поддающихся лечению указанным препаратом. Наступило ухудшение у 5 больных, имеющих повышенную чувствительность и к другим медикаментам (пенициллину, альбумиду натрия).

Данные наших наблюдений свидетельствуют, что фурацилин может успешно применяться для лечения острых и подострых конъюнктивитов различного происхождения. Методика применения в виде инстилляций в конъюнктивальный мешок раствора препарата 1 : 5000 с промежутками в 2 часа вполне себя оправдывает.

При блефаритах и блефароконъюнктивитах лечение проводилось путем втирания в края век, а в некоторых случаях закладыванием в конъюнктивальный мешок фурацилиновой мази 1 : 500 через каждые 3—4 часа.

При хронических конъюнктивитах в конъюнктивальный мешок инстиллировался 1 : 5000 раствор фурацилина через каждые 2 часа, на ночь за веки закладывалась фурацилиновая мазь.

При язвенных блефаритах до втирания мази производился туалет век — снятие корок и чешуек. Лечебный эффект заключался в уменьшении и исчезновении корочек, чешуек, гиперемии и припухлости кожи краев век. На 2-й, 3-й день микрофлора отделяемого не обнаруживалась. Продолжительность терапии в отдельных случаях была от 5 до 12—20 дней. В результате лечения фурацилином наступило выздоровление в 36%, улучшение — в 50,6%, эффекта не получено — в 10%, наступило ухудшение — в 3,4% случаев.

В 39 (12,2%) случаев блефаритов и хронических конъюнктивитов после быстро наступавшего улучшения через некоторое время возникали рецидивы, требовавшие повторного курса лечения. Рецидивы в этих случаях значительно быстрее поддавались повторному лечению фурацилином и давали более стойкое (прослеженное в течение 1—2 лет) выздоровление.

Нужно полагать, что 43 случая блефаритов и хронических конъюнктивитов, не поддавшиеся лечению фурацилином, были вызваны какими-то другими неинфекционными факторами.

Считаем наиболее целесообразным методом применения при указанных заболеваниях препарата в виде мази. Высокая концентрация мази, а именно 1 : 500 не вызывала местного раздражения и давала большую уверенность в смысле действия препарата на возбудителей различной чувствительности.

Трахомы у наших больных часто сочетались с конъюнктивитами. Для очищения конъюнктивального мешка от патогенной микрофлоры мы применяли фурацилин в виде инстилляций капель в конъюнктивальный мешок через каждые 2 часа 1—2 дня до экспрессии трахоматозных фолликулов, для подготовки конъюнктивального мешка к операции. Почти во всех случаях на 2—3 день микрофлора не обнаруживалась. После ликвидации патогенной флоры в конъюнктивальном мешке производилась экспрессия трахоматозных фолликулов. При такой подготовке последствия экспрессии в виде раздражения, отека отделяемого исчезали через 3—4 дня, в то время как при экспрессии без применения фурацилина — через 5—7 дней. После экспрессии продолжали лечение в первую неделю путем инстилляций капель препарата в дневное время и закладывания за веки фурацилиновой мази на ночь. В дальнейшем переходили на массаж конъюнктивы век фурацилиновой мазью 1 : 500 1—2 раза в день. После произведенной операции, как правило, патогенной флоры в конъюнктивальном мешке не обнаруживалось.

При гнойных язвах роговой оболочки в большинстве случаев в конъюнктивальном мешке и соскобе язв роговой оболочки обнаруживались грамположительные диплококки, пневмококки, часто комбинировавшиеся со стрептококками и стафилококками. В легких и средних случаях препарат применялся местно в виде инстилляций капель в конъюнктивальный мешок 1 : 5000 раствора, субконъюнктивальных инъекций того же раствора или закладывания за веки 1 : 500 фурацилиновой мази. У некоторых больных указанные методы терапии комбинировались между собой. Во время проведения курса лечения помимо фурацилина применяли только атропин и к другим лечебным мероприятиям не прибегали. В повторных исследованиях, произведенных через 1—2 суток, в большинстве случаев обнаруживались единичные микробы, через трое суток почти ни в одном случае патогенной флоры не обнаружено. В результате терапии полная эпителизация язв роговицы наступала в среднем через 3—8 дней. У 9 больных с тяжелыми формами язв роговицы (с обширной инфильтрацией у поступивших в поздние сроки) терапия фурацилином не дала эффекта. Лечение продолжено в сочетании с пенициллином местно и внутримышечно, сульфаниламидами внутрь, и только после такого лечения наступила эпителизация язв роговицы.

При выписке больных почти у всех острота зрения значительно повысилась. Анализируя наш материал, можно прийти к выводу, что фурацилин является эффективным средством в лечении легких и средних случаев гнойных язв роговой оболочки. В тяжелых случаях лучший эффект получен при комбинированном лечении фурацилином с пенициллином, сульфаниламидными препаратами. Ценно то, что фурацилин не вызывает разрушения роговицы.

Мы считаем наиболее целесообразным методом лечения при язвах роговицы применение фурацилина в виде мази 1 : 500 путем закладывания в конъюнктивальный мешок через каждые три часа. Инстилляцией раствора фурацилина в конъюнктивальный мешок в виде капель в данной группе заболеваний является также целесообразным, но менее удобным, так как требует более частого повторения процедуры.

При поступлении больных с ожогами глаз производился туалет обожженных глаз и затем приступали к лечению фурацилином. Препарат применялся в виде инстилляций капель в конъюнктивальный мешок 1 : 5000 раствора его через каждые 2 часа и закладывания за веки 1 : 500 фурацилиновой мази на ночь. При ожогах кожи век лечение проводилось смазыванием пораженных участков кожи фурацилиновой мазью 4 раза в день.

С целью уменьшения боли при лечении ожогов глаз ультрафиолетовыми лучами в первые два часа мы применяли примочки на глаз раствора фурацилина 1 : 5000 через марлевые салфетки. Наблюдалось, что при этом заметно уменьшались боли в глазу. В дальнейшем применяли капли фурацилина через 2 часа. На второй день все явления ожога глаз как объективные, так и субъективные (гиперемия конъюнктивы глазного яблока, мелкие пузырьки на роговице, светобоязнь, слезотечение, головная боль) исчезали, и восстанавливалась трудоспособность. При химических ожогах производилось закладывание 1 : 500 фурацилиновой мази в конъюнктивальный мешок через каждые три часа в дневное время. При применении указанного метода лечения получен положительный эффект в 29 случаях из 32. В 3 случаях эффекта не получено, и лечение закончено другими медикаментами. При термических ожогах кожи век лечение проводилось смазыванием обожженных поверхностей 1 : 500 фурацилиновой мазью 4 раза в день, при ожогах конъюнктивы или роговицы — закладыванием за веки той же мази через каждые три часа. Применение указанной методики во всех случаях термических ожогов давало положительные результаты.

Таким образом, на нашем материале из 86 случаев ожогов глаз в 83-х (95,5%) был отмечен положительный эффект. Среднее количество дней лечения при ожогах, полученных ультрафиолетовыми лучами, составляло 1,4, при химических ожогах — 14,7, при термических ожогах — 8,3 дня. Среднее количество дней лечения по всем видам ожогов составляло 7,8 дня. Наши результаты значительно лучше по сравнению с данными, проводившими терапию растворимым альбумидом натрия.

Стерилизация конъюнктивального мешка проводилась закапыванием в конъюнктивальный мешок 1 : 5000 раствора фурацилина через каждые 2 часа в дневное время, начиная за двое суток до операции. Флора конъюнктивального мешка носила следующий характер: гемолитический стафилококк, негемолитический стафилококк, золотистый стафилококк, белый стафилококк, пневмококк, стрептококк. Посевы из конъюнктивального мешка брались до применения фурацилина один раз и ежедневно после применения фурацилина. Сроки стерилизации конъюнктивального мешка в результате применения фурацилина: через сутки — 20 случаев, через — 2 суток — 29, через 3 суток — 3, через 5 суток — 2 случая. Не наступило стерилизации через 5 суток — в 2 случаях. В послеоперационный период ни в одном из этих 56 случаев не было отмечено нагноений.

Таким образом, фурацилин наряду с другими средствами является ценным средством для стерилизации конъюнктивального мешка до операций.

Выводы

1. Клинические наблюдения показывают, что местное применение фурацилина в виде капель и мази оказывает выраженный лечебный эффект при острых и подострых конъюнктивитах (468 больных), хронических конъюнктивитах и блефаритах (320 больных), язвах роговой оболочки (97 больных) и различных (ультрафиолетовых, химических, термических) ожогах глаз (86 больных). Частые инстиллянии (через 2 часа) препарата в растворе 1:5000 или закладывания фурацилиновой мази 1:500 через 3 часа приводят к быстрому (на 2—3 день) исчезновению микробной флоры (стафилококков, стрептококков, пневмококков, палочек Кох-Викса, диплобацилл Моракс-Аксенфельда). Лечебный эффект фурацилина при трахоме I—II—III возможен только при сочетании с экспрессней трахоматозных фолликулов.

2. Профилактическая инстиляция раствора фурацилина 1:5000 в глаз в течение 2 суток до операции дает практически полную стерилизацию конъюнктивального мешка и полностью предупреждает нагноения после различных офтальмологических операций (56 наблюдений).

3. Учитывая отсутствие токсических и раздражающих эффектов фурацилина при местном применении и выраженное лечебное действие препарата при указанных выше заболеваниях в относительно короткие по сравнению с другими методами терапии сроки излечения, а также небольшой процент наблюдавшихся рецидивов, можно считать широкое использование фурацилина в качестве лечебного средства при различных инфекционных заболеваниях глаз оправданным и перспективным.

ЛИТЕРАТУРА 1. Балодис К., Дамбите Г. О применении фурацилина при некоторых болезнях глаз. Предварительное сообщение. Известия Академии наук Латвийской ССР № 6 (23), 37—40, 1949. — 2. Коза Н. М. К вопросу о применении фурацилина в офтальмологии. В кн., Молотовский мед. инст. Студенческое научное общество. Итоги научной конференции. Тез. докл. 15—15. Молотов, 1953 — 3. Магильницкий З. Применение фурацилина в офтальмологии. Предв. сообщение. Известия Академии наук Латвийской ССР № 6 (23), 41—43, 1949. — 4. Фербер Б. М., Магильницкий О. Г. Применение фурацилина в офтальмологии. Известия Академии наук Латвийской ССР № 5 (65), 765—772, 1951. — 5. Фербер Б. М., Магильницкий С. Г. Применение фурацилина в поликлинической практике при наружных заболеваниях и травмах глаз. Фурацилин и опыт его применения. 253—266, Рига, 1953. — 6. Фербер Б. М. Лечение фурацилином язвы роговицы. Фурацилин и опыт его применения. 267—274, Рига, 1953.

Furatsiliini kasutamisest mõnede väliste silmahaiguste puhul

F. Puršev

Resümee

Furatsiliini kasutamine oftalmoloogias tilkade ja salvidena annab tõhusaid tulemusi ägeda ja kroonilise konjunktiviidi, blefariidi, sarvkesta tüsistumata haavandi ja mitmesuguste (ultravioletsed, keemilised, termilised) silmade põletuste ravimisel.

Preparaadi sagedane (iga 2 tunni järel) instilleerimine lahusena 1:5000 või furatsiliinsalvi 1:500. aplitseerimine iga 3 tunni järel kaotab mikrofloora (stafülokokid, streptokokid, pneumokokid, Koch-Weeks'i kepikesed, Morax-Axenfeld'i diplobatsillid) teisel või kolmandal päeval.

Furatsiliini paikne manustamine trahhoomi ei ravi.

Furatsiliinilahuse 1:5000 profülaktiline instilleerimine silma kahe ööpäeva jooksul enne operatsiooni steriliseerib konjunktiviikoti ja väldib pärast mitmesuguseid oftalmoloogilisi operatsioone mädanemist.

Eksperimentaalsed ja kliinilised tähelepanekud on näidanud, et furatsiliinil ei ole ärritavat ja toksilist toimet. Preparaat on efektiivne silma välisosade nakkuslike haiguste ravimisel. Furatsiliini kasutamist oftalmoloogias esitatud meetodika järgi tuleb pidada perspektiivseks.

Клиническое значение определения функции внешнего дыхания при некоторых патологических состояниях

Л. Либерман

(Из городской больницы г. Кохтла-Ярве, главный врач А. Жданова)

Исследование функции внешнего дыхания занимает все большее место в функциональной диагностике. Оно позволяет выявить недостаточность функции внешнего дыхания (дыхательную недостаточность), что имеет существенное значение при различных заболеваниях, особенно при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Большинство авторов в настоящее время понимает под дыхательной недостаточностью «такое состояние организма, при котором нормальная функция аппарата внешнего дыхания недостаточна для того, чтобы обеспечить организм потребным количеством кислорода и вывести необходимое количество углекислоты» [Дембо (3)]. Исходя из такого взгляда на сущность дыхательной недостаточности, авторы появившихся в последние годы классификаций дыхательной недостаточности различают два основных вида ее: а) более легкую, когда ценой усиления вентиляции обеспечивается достаточная артериализация крови в легких. Такие нарушения обозначаются как избыточная вентиляция (Дембо), скрытая недостаточность или вентиляционная недостаточность [Болдуин, Курнан, Ричардс (8)]. При этих нарушениях энергетические затраты на вентиляцию в покое, и особенно при работе, значительно повышены, что было показано на больных митральным стенозом и эмфиземой легких [Отис (16), Мак Илрой и Кристи (14), Маршалл, Мак Илрой и Кристи (13)]; б) более тяжелую, когда избыточной вентиляции уже недостаточно для поддержания нормального газообмена. При этом развивается явная (Розье), или альвеоло-респираторная (Болдуин, Курнан, Ричардс) недостаточность, связанная с недостатком кислорода в организме (Дембо). Последняя может проявляться либо в артериальной гипоксемии, либо в накоплении недоокисленных продуктов обмена; нередко имеются оба вида нарушений [Георгиевская (2), Розье, Бюльман и Визингер (18)]. Что же касается недостаточного выведения углекислоты, приводящего к гиперкапнии, то, ввиду высокой диффузионной способности углекислоты, оно наблюдается редко и лишь в тех далеко зашедших случаях, когда уже имеется выраженная гипоксемия.

Диагностика дыхательной недостаточности имеет существенное значение для правильной оценки больного и применения той или иной терапии, особенно, если представляется возможным установить, имеется ли только избыточная вентиляция, обеспечивающая достаточный газообмен в легких, или развился недостаток кислорода в организме. В последнем случае важно установить, сопровождается ли этот недостаток кислорода артериальной гипоксемией или протекает без нее. Одним из важнейших и наиболее простых исследований, которые делают возможной диагностику основных проявлений дыхательной недостаточности, является спирографическое исследование больного с помощью аппаратов закрытого типа (аппараты Книппинга, Круга и др.).

Исследование функции внешнего дыхания должно проводиться не только в покое, но и с помощью функциональных проб. Наиболее простой и физиологичной функциональной пробой, не требующей дополнительного оборудования, является проба по Уленбруку [Уленбрук (21), Книппинг (11), Жекье-Дож (10)]. Она заключается в сравнении показателей вентиляции и газообмена при дыхании исследуемого воздухом и кислородом. При этом, прежде всего, следует изучить изменения показателей вентиляции (частоты, глубины и минутного объема дыхания), наступающие при дыхании кислородом. Удалось выявить три возможные реакции

вентиляции (Дембо): а) отсутствие изменений частоты и глубины дыхания, то есть отсутствие реакции вентиляции на дыхание кислородом, б) учащение дыхания без углубления его; поскольку расход энергии на вентиляцию при этом растет, такая реакция расценивается как отрицательная, в) снижение энергетических затрат на вентиляцию благодаря созданию оптимальной частоты и глубины дыхания. При этом могут иметь место различные изменения частоты и глубины дыхания: например, при частом поверхностном дыхании оно может становиться реже и глубже, а при редком поверхностном — чаще и глубже и т. д. В ряде случаев минутный объем дыхания снижается, а в других случаях может не измениться или даже повыситься. Возможно несколько вариантов изменений частоты, глубины и минутного объема дыхания, являющихся энергетически выгодными, то есть характеризующими положительную реакцию вентиляции на дыхание кислородом (таблица 1).

Т а б л и ц а 1

Под влиянием дыхания кислородом		
частота дыхания	минутный объем дыхания	глубина дыхания
увеличилась	увеличился	увеличилась
не изменилась	увеличился	увеличилась
уменьшилась	увеличился	увеличилась
увеличилась	не изменился	уменьшилась
уменьшилась	не изменился	увеличилась
увеличилась	уменьшился	уменьшилась
уменьшилась	уменьшился	уменьшилась
уменьшилась	уменьшился	увеличилась
уменьшилась	уменьшился	не изменилась
не изменилась	уменьшился	уменьшилась

Положительная реакция вентиляции на дыхание кислородом свидетельствует о наличии у больного дыхательной недостаточности в виде избыточной вентиляции, но не предрешает вопроса о том, имеется ли только избыточная вентиляция или развител недостаток кислорода в организме. Для решения этого вопроса необходимо изучение изменений поглощения кислорода, наступающих при дыхании кислородом [Вульфович (1), Дембо, Медведев (4), Троицкий (5), Книппинг (11), Комроу, Форстер, Дюбуа, Брискоу, Карлсен (9), Розье и Бюльман (19)]. Наиболее ярким показателем недостатка кислорода в организме является повышение поглощения кислорода из богатых кислородом смесей. Отсутствие изменений поглощения кислорода при положительной реакции вентиляции свидетельствует о том же, так как освободившийся при облегчении вентиляции кислород используется для ликвидации недостатка кислорода в организме. Снижение же поглощения кислорода при положительной реакции вентиляции на дыхание кислородом является показателем только избыточной вентиляции, так как это снижение есть результат облегчения вентиляции и снижения расходов энергии на нее — последнее и объясняет снижение поглощения кислорода. Следует отметить, что сам факт снижения поглощения кислорода в ряде случаев положительной реакции вентиляции, которые сопровождаются повышением минутного объема дыхания, является еще одним доказательством того, что качество реакции вентиляции на дыхание кислородом определяется не только МОД, но комплексным анализом всех показателей вентиляции.

Таким образом, сравнительное спирографическое исследование внешнего дыхания при дыхании воздухом и кислородом дает возможность выявить конкретные проявления дыхательной недостаточности.

Как уже указывалось, функциональное исследование внешнего дыхания особенно важно при заболеваниях дыхательной и сердечно-сосудистой систем. У большинства больных сердечно-сосудистыми заболеваниями сердечная недостаточность развивается по левожелудочковому типу. Застой в малом круге у многих больных приводит к развитию дыхательной недостаточности, которая имеется еще до появления одышки, являющейся наиболее ранней жалобой больных. Функциональное исследование внешнего дыхания, выявляя у таких больных дыхательную недостаточность, тем самым позволяет выявить этот скрытый период сердечной недостаточности до появления одышки, что имеет очень большое клиническое значение. Учитывая частоту изменений сердца у больных тиреотоксикозом, изучение функции внешнего дыхания у них также имеет большое значение для раннего выявления сердечной недостаточности. Однако данные о функции внешнего дыхания у больных тиреотоксикозом противоречивы: некоторые считают обязательным частое поверхностное дыхание [Цигерт (23)], другие находили глубину дыхания нормальной (Дембо). Одни авторы отмечали ухудшение использования вентилируемого воздуха [Уэймаус и Брайс (22)], другие, напротив, улучшение его [Сайнер (20); Паппел и Роубел (17)]. Проведение функциональной пробы по Уленбуруку позволяет выявить дыхательную недостаточность у большинства больных тиреотоксикозом (Дембо).

Целью настоящей работы было выяснение частоты и характера проявлений дыхательной недостаточности у больных городской больницы Кохтла-Ярве с помощью широко доступных методов, в частности, выяснение возможностей ранней объективной диагностики сердечной недостаточности путем выявления дыхательной недостаточности у сердечно-сосудистых больных в стадии компенсации.

Нами проводилось спирографическое исследование с помощью аппарата Круга (12). Накануне исследования больной тренировался дыханию в аппарат. Само исследование проводилось в условиях основного обмена, в изолированной комнате. Записывались спирограммы при дыхании большого воздуха (2 мин.), а затем — кислородом (5 мин.). После спирографии, в положении больного сидя, несколько раз определялись жизненная емкость и максимальная вентиляция легких, при этом учитывался наибольший результат. Максимальная вентиляция легких определялась в течение 20 сек., при этом исследовании учитывались частота и глубина дыхания.

Газовые объемы приводились к нормальным условиям, то есть 0°С и 760 мм рт. ст. При анализе спирограмм определялись частота, глубина, минутный объем дыхания и поглощение кислорода в 1 мин. Рассчитывался коэффициент использования вентилируемого воздуха (КИ), показывающий количество кислорода в мл, поглощаемое из 1 л вентилируемого воздуха. У здоровых лиц при работе с аппаратами закрытого типа КИ равен 30—34. Повышение КИ говорит об улучшении использования вентилируемого воздуха, снижение КИ — об ухудшении его. Вычислялся также резерв дыхания по формуле: $РД = (МВЛ - МОД) : МВЛ$ [Орнстейн, Херман, Фридмен, Фрилендер (15)]. Например, при $МОД = 7$ л и $МВЛ = 94$ л/мин. резерв дыхания равен $(94 - 7) : 94 = 92,5\%$. Минутное поглощение кислорода, минутный объем дыхания, жизненная емкость и максимальная вентиляция легких выражались не только в абсолютных величинах, но и в процентах к так называемым должным величинам. Должные или индивидуальные величины показывают нормальную величину того или иного показателя для данного лица. Мы рассчитывали их на основании должного основного обмена, определявшегося по таблицам Харриса и Бенедикта, составленным с учетом пола, возраста, веса и роста. Должное поглощение кислорода в одну минуту определяется путем деления величины должного основного обмена на число минут в сутки (1440) и на средний калорийский коэффициент кислорода (4,9). Должный минутный объем дыхания определяется путем деления должного поглощения кислорода в 1 мин. на 40 (Дембо). Должная величина ЖЕЛ получается путем умножения должного основного обмена на 2,3 [Антони (7)], а должная величина МВЛ — путем умножения должной ЖЕЛ на 17,5 (Дембо.) Следует учесть, что у здоровых лиц при определении с помощью аппаратов закрытого типа МОД примерно равен 135—140% должного, рассчитанного по приведенной выше формуле (Дембо).

Пример расчета должных величин: для женщины 44 лет весом 80 кг и ростом 165 см основной обмен, определенный по Харрису и Бенедикту, должен быть равен 1520 кал. Отсюда должное поглощение кислорода в 1 мин. равно $\frac{1520}{1440 \cdot 4,9}$, т. е.

215 мл/мин. Должный минутный объем дыхания равен $215 : 40 = 5,38$ л/мин. Должная жизненная емкость легких составляет $1520 \cdot 2,3 = 3,5$ л, должная максимальная вентиляция легких равна $3,5 \cdot 17,5 = 61,2$ л/мин.

Поглощение кислорода в 1 мин., жизненная емкость и максимальная вентиляция легких у здоровых лиц находятся обычно в пределах 90—110% должных. Что касается резерва дыхания (РД), то он у здоровых лиц равен примерно 90%. В литературе имеются указания на то, что при снижении РД ниже 85—87% у многих лиц появляется ощущение одышки, а при величине РД ниже 70% одышка отмечается у всех.

Всего нами было обследовано 28 здоровых и 219 больных различными заболеваниями.

Данные, полученные при дыхании воздухом, представлены на таблице 1.

Таблица 1.

Диагноз	Число обследованных	Число дыханий в 1 мин.	Глубина вдоха в мл	МОД в л	МОД в % к должному	Поглощение кислорода в мл/мин.	Поглощение кислорода в % к должному	КИ в мл
Здоровые	28	14,4	512	7,39	135	224	102	30,3
Неврозы	25	14,8	492	7,19	138	221	105	30,7
Тиреотоксикозы	40	15,9	532	8,47	179	275	145	32,4
Гипертоническая болезнь 1 ст. (без сердечной недостаточн.)	23	15,6	495	7,69	150	240	117	31,1
Гипертоническая болезнь 2 ст. (без сердечной недостаточн.)	17	16,2	445	7,23	148	238	122	33,0
Пороки сердца (без сердечной недостаточн.)	17	13,7	563	7,72	143	230	107	29,8
Сердечная недостаточность 1 ст.	40	18,2	409	7,45	147	223	111	29,9
Сердечная недостаточность 2 ст.	18	19,1	413	7,87	169	216	116	27,5
Легочная недостаточность 1 ст.	18	15,4	478	7,34	156	210	112	28,6
Сердечно-легочная недостаточность	21	22,3	336	7,48	171	221	126	29,5

Обращает на себя внимание то, что данные, полученные у больных неврозами, очень близки данным здоровых лиц. Это говорит о том, что, хотя многие больные неврозами жалуются на одышку, данный метод исследования позволяет объективно установить нормальную функцию внешнего дыхания у них. По-видимому, у этих больных речь идет лишь о субъективном ощущении недостатка воздуха. У больных тиреотоксикозом за счет учащения и незначительного углубления дыхания по сравнению со здоровыми значительно повышен минутный объем дыхания; повышено, как и следовало ожидать, поглощение кислорода. У больных сердечной и сердечно-легочной недостаточностью, кроме больных компенсированными пороками сердца, дыхание учащено, а глубина его снижена. Минутный объем дыхания повышен во всех группах, особенно у больных сердечной недостаточностью 2-й степени, легочной и сердечно-легочной недостаточностью. Это свидетельствует о частоте и выраженности венти-

ляционных нарушений. Поскольку избыточная вентиляция осуществляется с повышенным расходом энергии, у этих больных определяется повышение поглощения кислорода, особенно выраженное у больных сердечной недостаточностью 2-й степени, сердечно-легочной недостаточностью, а также у больных гипертонической болезнью, что согласуется с указаниями, имеющимися в литературе. Что касается эффективности использования вентилируемого воздуха, то она несколько снижена у больных сердечной недостаточностью 2-й степени (что может указывать на нарушения диффузии в легких) и несколько повышена у больных гипертонической болезнью и тиреотоксикозом. Однако эти изменения невелики.

Таким образом, при дыхании воздухом отмечаются определенные изменения внешнего дыхания. Важно то, что у больных сердечной недостаточностью и у больных пороками сердца и гипертонической болезнью без явлений сердечной недостаточности отмечаются аналогичные изменения. Это следует расценивать как показатель частоты скрытой сердечной недостаточности, а большую выраженность изменений при гипертонической болезни, по сравнению с компенсированными пороками сердца, объяснить тем, что при гипертонической болезни бывает наиболее чистый тип левожелудочковой недостаточности.

Данные, полученные при дыхании кислородом в тех же группах обследованных, представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Диагноз	Число обследованных	Число дыханий в 1 мин.	Глубина вдоха в мл	МОД в л	МОД в % к должному	Поглощение кислорода в мл/мин.	Поглощение кислорода в % к должному	Кп в мл
Здоровые	28	14,3	489	7,00	128	226	103	32,3
Неврозы	25	14,7	472	6,95	133	220	104	31,7
Тиреотоксикозы	40	16,4	426	7,00	148	273	144	39,0
Гипертоническая болезнь 1 ст. (без сердечной недостаточности)	23	15,0	472	7,07	138	238	116	33,7
Гипертоническая болезнь 2 ст. (без сердечной недостаточности)	17	16,1	412	6,62	136	243	125	36,7
Пороки сердца (без сердечной недостаточности)	17	13,7	549	7,51	139	235	109	31,2
Сердечная недостаточность 1 ст.	40	18,3	392	7,17	142	241	120	33,7
Сердечная недостаточность 2 ст.	18	18,9	399	7,48	161	229	123	30,6
Легочная недостаточность 1 ст.	18	15,2	443	6,93	142	229	121	33,0
Сердечно-легочная недостаточность	21	22,4	296	6,64	152	247	141	37,2

Как видно из таблицы, при дыхании кислородом, по сравнению с дыханием воздухом, отмечается во всех группах больных снижение МОД, особенно выраженное у больных тиреотоксикозом, сердечно-легочной, легочной недостаточностью и гипертонической болезнью. Это снижение происходит в основном за счет снижения глубины дыхания. Поглощение

кислорода существенно повысилось у больных сердечно-легочной и легочной недостаточностью, в меньшей степени — у больных сердечной недостаточностью. Повышение эффективности вентиляции, то есть повышение КИ отмечено у больных сердечно-легочной и легочной недостаточностью, а также у больных тиреотоксикозом.

Средние данные, полученные при изучении изменений внешнего дыхания при дыхании кислородом, заставляют предполагать, что у многих больных сердечными и легочными заболеваниями имеется дыхательная недостаточность. Нами у каждого больного был проведен анализ данных внешнего дыхания при проведении пробы по Уленбуруку. Согласно указанным в начале статьи принципам, избыточная вентиляция диагностировалась у лиц с положительной реакцией вентиляции на дыхание кислородом; при этом у лиц, у которых снижалось поглощение кислорода, имелась только избыточная вентиляция. Повышение поглощения кислорода при переходе на дыхание кислородом, а также неизменное поглощение кислорода при положительной реакции вентиляции на дыхание кислородом говорили о наличии недостатка кислорода в организме. Кроме изменений показателей внешнего дыхания, принимались во внимание и абсолютные величины этих показателей (соответствовали ли они должным или значительно отличались от должных). Принимались во внимание изменения МОД и поглощения кислорода, наступавшие при дыхании кислородом и превышавшие $\pm 5\%$. На основании произведенного анализа получены следующие данные о частоте и проявлениях дыхательной недостаточности у больных обследованных групп (таблица 3).

(Данные в процентах к числу случаев)

Таблица 3

Диагноз	Нет дыхательной недостаточности	Есть дыхательная недостаточность		
		всего	в том числе	
			только избыточная вентиляция	недостаток кислорода в организме
Здоровые	100	0	0	0
Неврозы	100	0	0	0
Тиреотоксикозы	25,0	75,0	26,7	73,3
Гипертоническая болезнь 1 ст. (без сердечной недостаточности)	17,4	82,6	21,0	79,0
Гипертоническая болезнь 2 ст. (без сердечной недостаточности)	17,6	82,4	28,6	71,4
Пороки сердца (без сердечной недостаточности)	17,6	82,4	14,3	85,7
Сердечная недостаточность 1 ст.	20,0	80,0	15,6	84,4
Сердечная недостаточность 2 ст.	22,2	77,8	14,3	85,7
Легочная недостаточность 1 ст.	0	100	22,2	77,8
Сердечно-легочная недостаточность	0	100	19,0	81,0

Приведенная таблица дает представление о частоте и характере проявлений дыхательной недостаточности у больных различных групп. Дыхательная недостаточность не выявляется у здоровых лиц и больных неврозами; она выявляется у 100 % легочных больных (с легочной и сердечно-легочной недостаточностью). Что же касается больных сердечной недостаточностью, то не все они страдают дыхательной недостаточностью: у 17—22 % больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями дыхательной

недостаточности не выявилось. С другой стороны, обращает на себя внимание тот факт, что дыхательная недостаточность выявилась у 75—83% больных пороками сердца и гипертонической болезнью без клинических признаков сердечной недостаточности, что свидетельствует о наличии скрытой сердечной недостаточности у больных этих групп. Аналогично следует расценить и факт наличия дыхательной недостаточности у 75% больных тиреотоксикозом.

Значительное место среди методов функциональной оценки аппарата внешнего дыхания занимают определения жизненной емкости легких (ЖЕЛ), максимальной вентиляции легких (МВЛ) и вычисление резерва дыхания (РД). Эти методы очень просты, широко доступны; они дополняют спирографическое исследование и значительно расширяют представление о функциональных способностях аппарата внешнего дыхания больного, а при отсутствии спирографического исследования могут применяться сами по себе, сохраняя свое значение, что делает их особенно ценными. Данные этих исследований приведены в таблице 4.

Таблица 4

Диагноз	Число обследованных	ЖЕЛ		МВЛ				РД в %
		в л	в % к должному	в л/мин.	в % к должному	глубина вдоха в мл	частота дыхания в 1 мин.	
Здоровые	28	3,1	88,0	57,3	90,0	1194	48,0	87,1
Неврозы	25	2,7	82,0	42,4	74,0	813	52,2	82,5
Тиреотоксикозы	40	2,2	72,7	39,6	74,6	706	56,1	76,3
Гипертоническая болезнь 1 ст. (без сердечной недостаточн.)	23	2,6	81,0	51,3	90,2	1166	44,0	85,0
Гипертоническая болезнь 2 ст. (без сердечной недостаточн.)	17	2,2	67,8	39,2	69,4	883	44,4	81,6
Пороки сердца (без сердечной недостаточн.)	17	3,0	84,1	42,9	69,0	781	54,9	82,0
Сердечная недостаточность 1 ст.	40	2,3	70,6	39,7	67,4	932	42,6	81,1
Сердечная недостаточность 2 ст.	18	2,0	68,3	37,4	71,9	797	46,9	78,9
Легочная недостаточность 1 ст.	18	2,0	65,2	36,7	67,4	908	40,5	80,0
Сердечно-легочная недостаточность	21	1,3	47,2	20,0	40,4	486	41,1	62,5

Величина исследованных показателей у здоровых лиц нормальна. Низкие цифры МВЛ и, поэтому, РД у больных неврозами объясняются тем, что такие больные еще до определения максимальной вентиляции расценивали частое и глубокое дыхание как тяжелое упражнение. Дыхание у них при максимальной вентиляции не было свободным и, несмотря на инструкцию персонала, было частым, но неглубоким. По-видимому, у этих лиц предпочтительно определять максимальную вентиляцию не 20 сек., а более короткий промежуток времени. Определявшиеся показатели оказались нормальными у больных гипертонической болезнью 1-й стадии. Во всех же остальных группах больных отмечается отчетливое

снижение жизненной емкости и максимальной вентиляции легких и резерва дыхания. При этом снижение МВЛ во всех группах происходит за счет снижения глубины дыхания, а у больных легочной и сердечно-легочной недостаточностью также и за счет снижения его частоты. Обращает на себя внимание факт снижения показателей у больных пороками сердца и гипертонической болезнью без сердечной недостаточности. Это подтверждает наличие у этих больных застоя в малом круге кровообращения.

Изучение функции внешнего дыхания важно для оценки изменений в состоянии больного. Нами обследовано в динамике 25 больных. У 3 больных эмфиземой легких с легочной недостаточностью 1-й степени улучшение всех показателей внешнего дыхания наступило при ослаблении явлений хронического бронхита. У 9 больных с сердечной недостаточностью изменение функции внешнего дыхания соответствовало изменению степени застоя в малом круге кровообращения. При уменьшении застоя возрастали жизненная емкость и максимальная вентиляция легких, глубина дыхания при максимальной вентиляции, резерв дыхания; снижались частота дыхания и минутный объем дыхания. Противоположные изменения, то есть ухудшение функции внешнего дыхания отмечено при усилении застоя в легких. Следует отметить, что изменения дыхательной недостаточности как следствие изменений застоя в малом круге далеко не всегда шли параллельно изменениям степени сердечной недостаточности. Явления дыхательной недостаточности уменьшались при уменьшении застоя в малом круге, застой же в малом круге уменьшался как в случаях наступления компенсации у больного с сердечной недостаточностью, так и при усилении сердечной недостаточности, переходе ее из 1-й во 2-ю степень с усилением застоя в большом круге и за счет этого — уменьшением застоя в малом. Обратное явление, то есть усиление явлений дыхательной недостаточности за счет усиления застоя в легких наблюдалось нами как при декомпенсации сердечных больных, так и при общем клиническом улучшении у других больных с переходом сердечной недостаточности из 2-й в 1-ю степень и уменьшением застоя крови в большом круге с усилением застоя в малом. Как видно, следует всегда иметь в виду, что динамика дыхательной недостаточности у сердечных больных говорит о динамике застоя в легких, а не о динамике сердечной недостаточности в целом.

Обследование в динамике 13 больных тиреотоксикозом показало улучшение функции внешнего дыхания при лечении метилтиоурацилом. При этом поглощение кислорода снижалось в большей степени, чем минутный объем дыхания, в результате чего коэффициент использования вентилируемого воздуха несколько снижался, приближаясь к величине, характерной для здоровых лиц. В одном случае мы наблюдали развитие дыхательной недостаточности у здоровой до того женщины при появлении у нее тиреотоксикоза 2-й степени.

В ы в о д ы:

1. Изучение вентиляции (с учетом частоты и глубины дыхания) и поглощения кислорода, а также изменений этих показателей при переходе с дыхания воздухом на дыхание кислородом позволяют выявить дыхательную недостаточность в основных ее проявлениях. Определение жизненной емкости и максимальной вентиляции легких, а также расчет резерва дыхания дают важные дополнительные данные.

2. Характерным для дыхательной недостаточности является снижение жизненной емкости и максимальной вентиляции легких, резерва дыхания; повышение минутного объема дыхания, частоты дыхания и поглощения кислорода в покое; положительная реакция вентиляции на дыхание кислородом.

3. Дыхательная недостаточность выявилась у всех больных с легочной и сердечно-легочной недостаточностью, а также у большинства больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и тиреотоксикозом. Дыхательная недостаточность у больных тиреотоксикозом, а также у больных пороками сердца и гипертонической болезнью без клинических явлений сердечной недостаточности расценивается как показатель наличия у них скрытой сердечной недостаточности, текущей по левожелудочковому типу с застоем крови в малом круге кровообращения.

4. Исследование функции внешнего дыхания в динамике у больных тиреотоксикозом и сердечно-сосудистыми заболеваниями дает представление об изменениях интенсивности застоя в малом круге. При этом изменения дыхательной недостаточности не всегда происходят в том же направлении, как изменения степени сердечной недостаточности.

5. Аппарат Крога, являющийся наиболее простым и доступным из аппаратов закрытого типа, может быть с успехом применен для исследования внешнего дыхания и диагностики дыхательной недостаточности, что позволяет обойтись без трудных анализов газов артериальной крови в условиях городской больницы.

ЛИТЕРАТУРА. 1. Вульфович С. И. Материалы о кислородной задолженности организма при некоторых заболеваниях системы кровообращения и дыхания. Дисс., 1951. — 2. Георгиевская Л. М. Терапевт. архив, 1956, 7, 16—26. — 3. Дембо А. Г. Недостаточность функции внешнего дыхания, 1957. — 4. Мелведев В. В. Терапевт. архив, 1953, 2, 27—32. — 5. Троицкий Н. А. Внешнее дыхание при нарушениях кровообращения. Дисс., 1949. — 6. Тушинская М. М. Предел и резерв вентиляции как метод функциональной оценки аппарата дыхания. Дисс., 1949. — 7. Anthony, A. Funktionsprüfung der Atmung. 1937. — 8. Baldwin, E., Courmand, A., Richards, D. Medicine 1948 v. 27, 3, 243—278. — 9. Comroe, J. H., Forster, R. E., Du Bois, A. B., Briscoe, W. A., Carlsen, E. The Lung, clinical physiology and pulmonary function tests. 1955. — 10. Jequier-Doge, E. Schweiz. med. Wochenschr. 1950, 23, 587—598. — 11. Knipping, H. W. Beitr. Klinik. Tuberk. 1936, 88, 503—518. — 12. Krogh, A. Wiener klin. Wochenschr. 1922, 13, 290—293. — 13. Marshall, R., McYlroy, M. B., Christie, R. V. Clin. Sci. 1954, 13, 1, 137—146. — 14. McYlroy, M. B., Christie, R. V. Clin. Sci. 1954, 13, 1, 147—151. — 15. Ornstein, Y. Y., Herman, M., Friedman, M., Friedländer, E. Amer. Rev. Tuberc. 1946, 53, 306—322. — 16. Otis, A. B. The work of breathing. Physiol. Rev. 1954, 3, 449—458. — 17. Puppel, I. D., Wrobel, V. J. Lab. and Clin. Med. 1950, 12, 975. — 18. Rossier, P. H., Bühlmann, A., Wiesinger, R. Physiologie und Pathophysiologie der Atmung, 1956. — 19. Rossier, P. H., Bühlmann, A. Pathophysiologie der Atmung. in Handb. d. inn. Med. 1956, B. 4, T. 1, 39—253. — 20. Syner, J. C. U. S. Armed Forces Med. J. 1954, 5, 4, 498—503. — 21. Uhlenbruck, P. Über die Sauerstoffverbrauch kardiolo. dekompensierte Fälle. Kerh. d. deutsch. Ges. f. inn. Med. Kong. 42, 1930, 256—262. — 22. Weymouth, F. W., Brice, A. T. Relation of respiratory ventilation to basal metabolism in thyroid disorders. Proc. Soc. exptl. med. 1941, 4, 596—597. — 23. Ziegert, H. J. Münchener med. Wochenschr. 1956, 3, 79—83.

Välise hingamise määramise kliinilisest tähtsusest mõnede patoloogiliste seisundite puhul

L. Liberman

Resümee

Hingamise puudulikkuse, selle konkreetsete ventilatsiooninähtude, ülejääkide ja organismi hapnikuvaeguse väljaselgitamiseks kasutati spirograafilist meetodit Krogh'i aparaadiga (proov Uhlenbruck'i järgi). Täiendavad andmed saadi kopsude vitaalkapatsiteedi ja maksimaalse ventilatsiooni määramisega. Uuriti 219 haiget ja 28 praktiliselt tervet isikut. Tervetel ja neuroosihaigetel hingamise puudulikkust ei konstateeritud. Hingamispuudusi esines kõigil südame- ja kopsu- ning kopsu insuffitsientidega haigetel ja enamikul südamepuudulikkusega haigetel. Hingamispuudulikkus ilmnis ka enamikul türeotoksikoosi ja südameriketega ning kliiniliste südamepuudulikkuse nähtudeta hüpertooniahaigetel, mida võib hinnata kui varjatud südamepuudulikkuse näitajat. Enamikul juhtudest väljendus hingamise puudulikkus organismi hapnikuvaeguses (sageli koos liigse ventilatsiooniga), 14—29%-dil juhtudest esines ainult liigne ventileerimine. Välise hingamise dünaamika uurimine südame- ja veresoontehaigetel annab pildi nende dünaamikast väikeses vereringes.

ALKALOIDIDE MÄÄRAMINE KARUMUSTIKAEKSTRAKTIS

Dotsent L. Kirsch ja M. Rooma

(Tartu Riikliku Ülikooli galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateedrist, juhataja professor N. Veiderpass)

Farmatseutiliste preparaatide analüüsimisel rakendatakse viimasel ajal järjest rohkem mikromeetodeid, mis on end igati õigustanud. Ka alkaloidide väikeste hulkade kvantitatiivseks määramiseks ravimpreparaatides on mikromeetodid hästi rakendatavad.

Käesolevas töös uuriti kaht alkaloidide kvantitatiivse määramise võimalust karumustikaekstraktis (*extractum Belladonnae's*) — tiitrimetri-list määramist luminesentsindikaatori abil ja fotonefelomeetrilist määramist.

Tööks vajalik karumustika kuivekstrakt valmistati NSV Liidu VIII farmakopöa eeskirjade kohaselt. Saadud ekstraktis määrati alkaloidide-sisaldus samuti farmakopöa järgi, saades viie määramise keskmisena 1,38 %.

1. Alkaloidide tiitrimine ultravioletvalguses luminesentsindikaatori manulusel

Paljude orgaaniliste ainete molekuli elektroonne konfiguratsioon muutub lahuse pH muutumisel — leelise lahuse muutumisel happeliseks. Muutub nende ainete molekuli adsorptsioonispekter ja samuti fluorestseerumise omadused [ühedel juhtudel muutub fluorestsentsi värvus, teistel kaob üldse võime fluorestseeruda (1)]. See elektroonne konfiguratsiooni muutus, mis on olemas keskkonna happelistest või aluselistest omadustest, on iseloomulik igale fluorestseeruvale ainele kindla pH juures, mis võimaldabki neid kasutada indikaatoritena.

Luminesentsindikaatoritel on rida eeliseid võrreldes tavaliste indikaatoritega. Näiteks luminesentsindikaatorite värvuse või fluorestsentsi muutumist on võimalik täheldada ka tiitrimisel värvilises lahuses ja neid saab kasutada väga väikestes hulkades (1). Samuti toimub määramine kiiresti ning uuritav aine jääb muutumatuks. Ka on võimalik määrata ainet kontsentratsioonide puhul, kus teised keemilised meetodid ei ole rakendatavad (2).

Mitmed alkaloidid fluorestseeruvad ultravioletvalguses teatud pH piirkonnas, kuid otsesel tiitrimisel pole neid võimalik määrata seetõttu, et nende fluorestsents ei muutu küllalt järsult (atropiin, hüostüamiin, skopolamiin). Tiitrimise lõpptäpi täpsemaks fikseerimiseks lisatakse luminesentsindikaatorina näiteks paar tilka hiniinsulfaadi küllastatud lahust, kusjuures pH 4,5 juures ilmub selle helesinine fluorestsents, mis loetaksegi tiitrimise lõpptäpiks (3).

Karumustika ja okasõuna alkaloidide summaarse sisalduse määramiseks töötasid E. ja A. Koverga (4) välja kiirendatud meetodi. Nad adsorbeerisid droogist ekstraheerunud kõrvalained adsorbendile, mis aga kergesti laskis läbi alkaloidid, asendades niiviisi alkaloidide kauakestvat isoleerimisprotsessi eetriväljatõmmatise filtrimisega läbi adsorptsioonisamba. Sel viisil esimene ja viimane analüüsi etapp — ekstraheerimine ja tiitrimine — printsipiaalselt ei muutunud. Uudne on siin aga suure tundlikkusega tiitrimine, mis lubab kasutada aine väga väikesi hulki.

V. Koppel ja K. Puusepp (5) täiendasid ja muutsid Kovergade meetodit. Kovergad kasutasid alkaloidide isoleerimiseks droogist eetrit ja tiitrisid hiljem eetrikihi all asuvat happelist lahust. Koppel ja Puusepp aga kasutasid eetri ja kloroformi segu, mis kui raskem asus vesivedeliku all.

E. Rahumäe (6) kasutas sama põhimõtet alkaloidide määramiseks karumustika ekstraktis, jättes ära lahuse filtrimise läbi adsorptsioonisamba ning kuivatades eetriväljatõmmatist veevaba naatriumsulfaadiga.

Käesoleva töö juures püüti Kovergade meetodit, mida Koppel, Puusepp ja Rahumäe juba osaliselt on muutnud, veelgi lihtsustada ja kohandada sobivaks laboratoorse analüüsimise meetodiks.

Korduvatest eelkatsetest selgus, et jättes ära eetriväljatõmmatise filtrimise läbi adsorptsioonisamba jäi lahustele krüatroopahappe ja teiste vees lahustuvate ainete sisalduse tõttu nõrk sinine fluorestsents ultravioletvalguses. Seetõttu tuli tiitrida kõrvuti kontroll-lahusega, milleks oli samasuguses anumas asuv ja samuti kahekihiline samast ekstraktist lähtudes saadud alkaloidide lahus, millele aga indikaatorit ei lisatud. Eetrilahuste kuivatamine veevaba naatriumsulfaadiga aga ei andnud märgatavaid muudatusi. Analüüside tulemused nii kuivatatud kui kuivatamata lahuste puhul olid praktiliselt samad. Seega otsustati kuivatamine ära jätta.

Analüüsi käik kujunes järgmiseks:

Kuiva 50 ml mahuga koonilisse kolbi kaaluti 0,5 g karumustikaekstrakti ja lahustati nõrga soojendamisega 1,5 milliliitris vees. Pärast jahutamist lisati 20 g eetrit ja 0,2 ml naatriumhüdroksüüdi 10-protsendilist lahust. Kolb suleti tihedalt korkiga ja seda loksutati 10 minutit. Pärast kihtide eraldumist kurnati selgest eetrilahusest 10 g kiiresti läbi puuvillatopi 50 ml mahuga koonilisse kolbi. Eetriväljatõmmatis valati kohe korkiga varustatud gradueeritud silindrisse, loputades kolbi kahel korral à 0,5 ml eetriga, mis lisati silindrisse. Samasse lisati pipetiga 5 ml 0,01 n-soolhapet. Mõõtsilinder suleti klaaskorgiga ja seda loksutati silindrit pöörates 3 minutit. Indikaatorina lisati silindrisse 1 tilk hiniinsulfaadi küllastatud vesilahust ja soolhappe liigne hulk tiitriti poolmikrobüretist tagasi ultravioletvalguses 0,01 n-naatriumhüdroksüüdilahusega. Tiitrimise käigus suleti aegajalt silinder korkiga ja lahust loksutati silindrit üles-alla pöörates.

Alkaloididesisaldus leiti järgmise valemi abil:

$$\frac{(a - b) \cdot 0,00289 \cdot 100}{c} = \text{alkaloididesisaldus protsentides}$$

a = lisatud 0,01 n-soolhappelahuse milliliitrite arv

b = tiitrimisel kulunud 0,01 n-naatriumhüdroksüüdilahuse milliliitrite arv

c = ekstrakti hulk grammides, mis vastab määramiseks võetud eetriväljatõmmatise hulga

Tabel 1

Ekstrakti hulk g-des määratavas lahuses	Lisatud 0,01n HCl ml-te arv (f = 1,0268)	Tiitrimiseks kulunud 0,01n NaOH ml-te arv (f = 1,0011)	Alkaloidide poolt seotud happe ml-te arv	Alkaloidide-sisaldus %o-des
veevaba naatriumsulfaadiga kuivatatud eetriväljatõmmatis				
0,25	4,0	2,75	1,36	1,57
0,25	4,0	2,80	1,31	1,51
0,25	5,0	3,78	1,35	1,56
0,25	5,0	3,86	1,27	1,46
0,25	5,0	3,78	1,35	1,56
0,25	5,0	3,77	1,36	1,57
Keskmine				1,54
veevaba naatriumsulfaadiga kuivatamata eetriväljatõmmatis				
0,25	4,0	2,76	1,35	1,53
0,25	4,0	2,81	1,30	2,51
0,25	5,0	3,82	1,31	1,51
0,25	5,0	3,79	1,34	1,53
0,25	5,0	3,84	1,29	1,48
0,25	5,0	3,83	1,30	1,50
Keskmine				1,52

Kõrvuti nimetatud katsetega teostati palju katseid, millede puhul lisati eetriväljatõmmatisele kloroformi (10 g), kasutades seda kolvi loputamiseks ning lisamiseks silindris olevale eetriväljatõmmatisele.

Esimesel juhul asus tiitritav vesilahus alumises kihis, teisel juhul ülemises. Nagu katsetest selgus, ei hõlbustanud tiitrimist vesivedeliku asetus kloroformse kihi peal. Et silinder on kitsas, siis ei olnud võimalik vedelikku loksutada ilma silindrit korgiga sulgemata ja üles-alla pöörata. Seepärast ei ole oluline, et tiitritav vedelikukiht asuks tingimata ülal. Puuduseks kloroformi kasutamisel on veel asjaolu, et loksutamisel tekkinud emulsioon laguneb aeglasemalt kui eetri kasutamisel. Seepärast tuli pärast iga loksutamist veidi aega oodata, kuni kihid täielikult eraldusid ja oli võimalik otsustada vesikihi fluorestsentsi intensiivsuse üle.

Katsete tulemused ei sõltunud sellest, kas kasutati ainult eetrit või eetrit koos kloroformiga.

Loksutamise hõlbustamiseks püüti tiitrida kolbides, kuid selgus, et fluorestsentsi üleminek õhukeses vedelikukihis on väga halvasti märgatav. Seepärast tuleb paratamatult kasutada kitsast silindrit, kuigi seal on lahust tülilikam loksutada.

Määramist püüti läbi viia ka selliselt, et kindel hulk kurnatud eetri-lahust destilleeriti koonilises kolvis elektriplaadil peaaegu kuivaks ja eetri jäägid eemaldati soojal vesivannil õhku läbi puhudes. Jääk lahustati osa katsete puhul mõnes milliliitris alkoholis, osa katsete puhul aga lisati jäägile kohe soolhapet (0,01 n) ja indikaatorina hiniinsulfaadi lahust. Happe liia tiitrimisel aga fluorestsentsi intensiivsus nõrgenes väga vähe, vaatamata sellele, et lahust oli muutunud leeliseks.

Ühekihilises lahuses, ilma orgaanilise lahusti manuluseta polnud võimalik tiitrida, sest indikaatori fluorestsentsi muutumist ei saanud jälgida.

2. Alkaloidide määramine fotonefelomeetrilise meetodi abil

Alkaloidide sadestamisreaktiivina nefelomeetriliste määramiste puhul on kasutatud fosforvolfram- ja fosformolübdeenhappeid (7,8).

Fosforvolframhape on võrdlemisi tundlik reaktiiv ja seega väga sobiv alkaloidide nefelomeetriliseks määramiseks. Näiteks moodustab ta nõrgalt happelises keskkonnas (1 %-lises soolhappelahuses) märgatava häo 0,0091 mg atropiinaluse või 0,011 mg atropiinsulfaadiga 1 milliliitris lahuses, s. o. keskmiselt kontsentratsioonis 1 : 100000, mida loetakse piirkontsentratsiooniks.

Teades alkaloidi piirkontsentratsiooni arvulist näitajat, on võimalik uuritava lahuse lahjendamisel ja piirhäo saamisel arvutada alkaloidisisaldust uuritavas lahuses (8).

Väikeste atropiinihulkade kvantitatiivseks määramiseks süstelahustes ja tilkades on V. Bernstein välja töötanud fotonefelomeetrilise meetodi, mida kasutas V. Sitnikova (7) karumustikalehtede analüüsimiseks ja atropiini määramiseks ravimsegudes, mis sisaldavad vähesel hulgal karumustikaekstrakti.

Alkaloidide sadestamisreaktiivina on kasutatud 1-protsendilist naatriumfosformolübdaadilahust. Standardlahusena on võetud 0,001 m farmakopöa atropiinsulfaadilahus.

Alkaloidide isoleeris Sitnikova sarnaselt eespool käsitletud meetoditega. Eetriväljatõmmatist puhastas ta talgiga, loksutamise teel ja viis alkaloidid üle soolhappe soolaks, ekstraheerides neid eetriväljatõmmatist 1-protsendilise soolhappega. Pärast seda lisas ta alkaloidide sadestamiseks reaktsiooni ning lahjendas enne määramist lahuseid veega.

Käesolevas töös kirjeldatud katseteks kasutati üldjoontes Bernsteini ja Sitnikova poolt väljatöötatud meetodit mõningate muudatustega.

Bernstein on kasutanud alkaloidide sadestamisreaktiivina fosformolübdeenhappe 1-protsendilist lahust, mis aga teatavasti on vähem tundlik kui fosforvolframhape, kuigi ta annab püsivama häo.

Käesolevas töös kasutati fosforvolframhapet, kui tundlikumat reaktsiivi (umbes 10 korda tundlikum kui fosformolübdeenhape). Fosforvolf-

ramhape annab tugeva häo juba väikeste ekstraktihulkade puhul. Määramist võib alustada 2 minutit pärast reaktiivi lisamist, sest sadenemine võtab aega. Määrata tuleb aga kiiresti, eriti kalibreeritud graafiku koostamisel, sest tugevama häoga lahustes hakkab sade muutuma suureteraliseks ja settima. Valguse läbilaskvus seega suureneb, optilise tiheduse näidud vähenevad.

Fosformolübdeenhappega selliste väikeste karumustikaekstrakti hulkadega nagu Bernstein (0,06 g) ei saadud üldse mingisugust hägu, mida oleks olnud võimalik fotonefelomeetriga määrata.

Häigususe intensiivsus ei sõltunud reaktiivi kontsentratsioonist ega lahuse pH-st, vaid alkaloididesisaldusest. Seega oleks tulnud võtta ekstrakti umbes 10 korda rohkem. Et jääda väikeste ekstraktihulkade juurde, kasutati tundlikumat reaktiivi.

Analüüsi käik oli järgmine:

Kuiva koonilisse kolbi kaaluti 0,06 g karumustika kuivekstrakti, lahustati 1 milliliitris vees, lisati 20 g eetrit, 0,1 ml 10-protsendilist naatriumhüdroksüüdi-lahust. Kolb suleti korgiga ja loksutati hoolikalt 5 minutit. Pärast kihtide eraldumist kaaluti selgest eetrilahusest 15 g kuiva kolbi ja valati lahutuslehtrisse. Kolbi loputati eetriga, mis valati samuti lahutuslehtrisse. Lahutuslehtrisse lisati pipetiga 15 ml 1-protsendilist soolhappelahust ja loksutati lehtrit üles-alla pöörates 5 minutit. Pärast kihtide täielikku eraldumist kurnati soolhappeline lahus läbi puuvillatopi. Sellest mõõdeti pipetiga 10 ml 50 ml mahuga mõõtekolbi, lisati 2 ml 1-protsendilist fosforvolframhappelahust ja täiendati 1-protsendilise soolhappelahusega margini. Loksutati hoolikalt, valati küveti ja teostati määramised fotonefelomeetriga ФЭК-Н-54, kasutades 50 mm läbimõõduga küvette ja valgusfiltrit nr. 10. Nii 1-protsendiline soolhappe- kui fosforvolframhappelahused olid enne filtritud läbi tihe-date paberfiltrite.

Fotonefelomeetris saadud optilise tiheduse näitude alusel leiti kalibreeritud graafikust 50 milliliitris reaktsioonisegus vastav atropiinaluse hulk milligrammides ja arvutati alkaloididesisaldus protsentides.

Määramise tulemused on toodud tabelis nr. 2.

Tabel 2

Ekstrakti hulk g-des määratavas lahuses	Optilise tiheduse näidud				Atropiin-aluse hulk mg-des	Alkaloidi sisaldus % -des
	1	2	3	Keskm.		
0,03	0,410	0,412	0,411	0,411	0,430	1,44
0,03	0,422	0,423	0,422	0,422	0,442	1,48
0,03	0,415	0,417	0,416	0,416	0,433	1,45
0,03	0,394	0,394	0,394	0,394	0,414	1,38
0,03	0,408	0,409	0,410	0,409	0,427	1,43
0,03	0,430	0,431	0,430	0,430	0,445	1,49
0,03	0,426	0,426	0,425	0,426	0,443	1,48
0,03	0,431	0,431	0,431	0,431	0,447	1,49
0,03	0,429	0,429	0,428	0,429	0,445	1,49
0,03	0,396	0,396	0,396	0,396	0,415	1,39
0,03	0,440	0,440	0,440	0,440	0,455	1,52
Keskmine						1,46

Võrreldes Bernsteini ja Sitnikova poolt kasutatud meetodit käesolevas töös väljatöötatud meetodiga, selguvad viimase paremused. Töötati välja täpselt kontrollitud katsetingimustega määramise meetod, lühendades ja lihtsustades alkaloidide ekstraheerimise ja puhastamise käiku.

Kalibreeritud graafiku koostamiseks valmistati kristalsest atropiinsulfaadist standardlahus. Selleks lahustati vees umbes 0,01 g (täpne kaal) kristalset atropiinsulfaati 50 ml mahuga mõõtkolvis ja täideti veega margini. Lahus filtriti tiheda paberfiltriga. Filtritud lahusest võeti pipetiga kindlad hulgad (2,0, 2,5, 3,0 jne. kuni 5,0 ml), paigutati 50 ml mahuga mõõtkolbidesse, lisati 2 ml 1-protsendilist fosforvolframhappelahust ja täideti 1-protsendilise soolhappelahusega margini.

Iga atropiinsulfaadilahuse lahjendusele 50 ml mahuga mõõtkolvis lisati reaktiiv vahetult enne määramist ja täideti 1-protsendilise sool-happelahusega märgini. Loksutati hoolikalt ja pärast 2-minutilist seismist täideti küvett ning asuti kohe atropiini määramisele.

Määramise tulemused on toodud tabelis nr. 3.

Tabel 3

Võetud atropiinsulfaadi lahuse ml-te arv	Võetud lahuses sisalduv		Optilise tiheduse näidud			
	atropiinsulfaadi mg-de arv	atropiinaluse mg-de arv	1	2	3	Keskm.
2,0	0,448	0,191	0,160	0,155	0,155	0,157
2,5	0,560	0,239	0,202	0,204	0,205	0,204
3,0	0,672	0,287	0,261	0,260	0,261	0,261
3,5	0,784	0,310	0,309	0,311	0,310	0,310
3,75	0,840	0,359	0,324	0,327	0,326	0,326
4,0	0,896	0,384	0,364	0,362	0,362	0,363
4,25	0,953	0,408	0,389	0,390	0,389	0,389
4,5	1,008	0,431	0,415	0,414	0,417	0,415
5,0	1,120	0,479	0,466	0,468	0,466	0,467

Tabelist nr. 3 on näha, et määratud intervallis esineb otsene sõltuvus optilise tiheduse näitude ja atropiinihulga vahel reaktsioonisegus. Saadud andmete alusel koostati kalibreeritud graafik.

K o k k u v õ t e

1. Võttes kokku katsete tulemusi alkaloidide määramisest tiitrimisel luminesentsindikaatori manulusel, võib esile tuua järgmist:

Nimetatud meetod sobib alkaloidide määramiseks karumustikaekstraktis ka väikeste hulkade puhul (0,5 g), on kiiresti teostatav ja annab võrreldavaid tulemusi. Eetriväljatõmmatise puhastamise operatsioonid võib ära jätta, kui tiitrimisi teostada kõrvuti võrdluslahusega. Et eetris lahustuv vee hulk on väga väike, võib ära jätta ka eetriväljatõmmatise kuivatamise veevaba naatriumsulfaadiga. Meetod sobib alkaloidide tiitrimetriteiliseks määramiseks ainult kahekihilise lahusega, kusjuures orgaanilise lahustina kasutatakse eetrit.

2. Võttes kokku alkaloidide määramise katsete tulemusi fotonefelo-meetriga, võib esile tuua järgmist:

Fosforvolframhape sobib alkaloidide määramiseks väga väikeste ekstraktihulkade (0,06 g) puhul. Sadestumine kestab 2 minutit, seejärel tuleb aga määrata kiiresti, sest sade pole püsiv. Fosformolübddeenhape sobib alkaloidide määramiseks umbes 10 korda suuremate ekstraktihulkade puhul kui fosforvolframhape. Tekkinud hägu on püsivam.

Mõlemad meetodid on laboratoorses praktikas hästi rakendatavad.

KIRJANDUS. 1. Константинова-Шлезингер М. А. Люминесцентный анализ. 1948 г. Изд. АН СССР, стр. 115—121. — 2. Измайлов Н. А., Шрайбер М. С. Фармация № 6, 1939 г., стр. 1—8. — 3. Краснова В. С. Ж. прикладной химии. Том 18, № 4—5, 1945. — 4. Коверга Е. Л., Коверга А. С. Ж. Биохимия. Том 14, вып. 5, 1949 г., стр. 436—440. — 5. Koppel, V., Puusepp, K. Meetod alkaloidide kvantitatiivseks määramiseks luminesentsindikaatori abil. (Võistlustöö), 1945. — 6. Rahumäe, E. Karumustikaekstraktis alkaloidide kvantitatiivne määramine erinevate meetoditega (kursusetöö) 1956 — 7. Бернштейн В. Н., Ситников В. Н. Фотоколориметрическое определение алкалоидов в листьях красавки и в лекарственных формах, содержащих экстракт красавки. Пятигорский фармацевтический институт, Информационное письмо № 32, стр. 13—17, 1955. — 8. Кулешова М. И. Ж. Аптечное дело № 1, 1954, стр. 13—17.

Определение алкалоидов в экстракте красавки

Л. Киш и М. Роома

Резюме

Авторы в своей работе доказывают, что, применяя люминесцентный индикатор, можно очень точно и быстро определить алкалоиды в малых количествах (0,5 г) экстракта красавки. Экстракт, приготовленный по Фармакопее VIII изд., практически свободен от смолистых веществ и хлорофилла, поэтому отпадает операция очищения эфирной вытяжки от вышеупомянутых веществ. Отпадает также сушка эфирной вытяжки безводным сульфатом натрия, так как растворимое в эфире количество воды ничтожно. Определение алкалоидов производится в двухслойной среде, где водная флуоресцирующая жидкость находится под эфирным слоем.

В исследуемом растворе исчезновение флуоресценции хинина сернокислого устанавливается по контрольному раствору.

Далее авторы констатируют, что для определения алкалоидов в малых количествах (0,06—0,6 г) экстракта можно с большой точностью использовать фотонейтральный метод, применяя в качестве реактивов фосфор-вольфрамовую или фосформолибденовую кислоту. С первым реактивом образующаяся муть нестойка, поэтому определение производится сразу, по прошествии двух минут. Муть, получаемая со вторым реактивом, более стойкая, но реактив в десять раз менее чувствителен, чем первый. Поэтому, для определения алкалоидов предпочтительно пользоваться фосфоровольфрамовой кислотой.

Разработана точная методика определения алкалоидов фотонейтральным методом.

Koliin- ja adrenoreaktiivseid süsteeme blokeerivate ainete efektiivsus hüpotermia esilekutsumisel

E. Vasar

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmakoloogia kateedrist, juhataja professor G. Kingisepp)

Soojavereliste organismi muutmist areaktiivseks ülepiiriliste ja eluohtlike agensite suhtes võib teostada kehatemperatuuri langetamisega, s. o. hüpotermia esilekutsumisega. A. Walther (5) oli esimene, kes leidis, et kehatemperatuuri langetamist võib kasutada kirurgiliseks valutustamiseks. Hüpotermia praktilise kasutamiseni jõuti alles käesoleva sajandi 50-ndatel aastatel, tänu uute farmakoloogiliste vahendite kasutusele võtmisele. Hüpotermia esilekutsumisel tuleb pärssida termoregulatsiooni protsesse, sest organismi jahutamisel kujunevad välja tugevad vastureaktsioonid [P. M. Starkov (13), Grosse-Brockhoff jt. (19), A. Laborit ja P. Huguenard (8)].

Seoses hüpotermiaprobleemiga kaasajal on käesoleva töö eesmärgiks võrdlevalt uurida mõningate koliino- ja adrenolüütiliste ainete toimet homiootermse organismi muutmisel hüpotermseks koos üldise jahutamisega. Kirjanduse andmeil ei saa täit selgust atropiini kasutamise kohta hüpotermia teostamisel kasutatavates ravimite kombinatsioonides, kus esineb nii poolt [S. A. Libov jt. (10), V. N. Šamov (15), F. G. Uglov jt. (14)] kui ka vastu [A. Laborit ja P. Huguenard (8)] seisukohti. Ganglione blokeerivate vahendite kasutamisel esineb samuti erinevaid vaateid, millede järgi osa autoreid kasutab neid hulgaliselt [A. M. Dogliotti (22)], osa aga peab neid mitteolulisteks [A. Laborit jt. (8), J. J. Pocidalo jt. (26)].

Antud töö keskseks ülesandeks on südame- ja hingamistegevuse vastastikuste suhete uurimine erinevatel kehatemperatuuri astmel, sest kättesaadavas kirjanduses puuduvad vastavad andmed.

Meetod. Katsed teostati 2,6—3,1 kg raskustel küülikutel, kes jaotati 8 rühma: kontroll-, atropiin-, skopolamiin-, dimedrool-, tetamoon-, heksoon-, sümpatolüitiin- ja aminosüülnrühma.

Näitajatena kasutati: rektaaltemperatuuri mõõtmist $0,1^{\circ}$ täpsusega, südamesageduse, hingamismahu ja -sageduse ning külmavärinate vallandumise kiiruse ja intensiivsuse astme määramist. Kõiki näitajaid mõõdeti ja vaadeldi regulaarselt iga 10 minuti möödumisel.

Uuritavaid aineid manustati veeni 30 minutit enne jahutamise algust järgmistes annustes: dimedrooli 3 mg/kg, atropiini, skopolamiini ja heksooni 5 mg/kg, aminosüüni 7,5 mg/kg, tetamooni ja sümpatolüitiini 10 mg/kg.

Kahetümne minuti möödumisel nimetatud ainete manustamisest tehti pentotaal-naatriumi veenisisene narkoos (25 mg/kg), 10 minutit pärast seda alustati katseloomade jahutamist 9° veevannis kuni rektaaltemperatuur langes 26 kraadini. Katseloomade kehatemperatuuri ja teiste funktsioonide taastamiseks kasutati 42° veevanni.

Katse tulemused. Rektaaltemperatuuri languse mõjutamise järgi organismi üldisel jahutamisel võib uuritavad ained võrreldes kontrollkatsetega jaotada kahte rühma: 1) rektaaltemperatuuri langust vähe mõjustavad (skopolamiin, dimedrool) või isegi pidurdavad (atropiin) ja 2) rektaaltemperatuuri langust soodustavad ained: tetamoon, heksoon, sümpatolüitiin ja aminosüüin.

Südamesageduse kõverate omavaheline võrdlus näitab, et: 1) atropiin kiirendab jahutamise algul südametegevust suuremal määral kui skopolamiin; 2) dimedrooli, tetamooni, heksooni, sümpatolüitiini ja aminosüüni foonil toimub pidev südametegevuse aeglustumine. Mida madalamale langeb kehatemperatuur, seda vähemaks muutuvad südamesageduse erinevused üksikute ainete foonil. Rektaaltemperatuuri puhul 25° osutuvad südamesageduse väärtused võrdseteks peaaegu kõigi uuritavate ainete puhul.

Hingamismaht jahutamise algul on kõigi ainete foonil madalam lähteväärtustest pentotaal-naatriumi hingamist pärssiva toime tõttu. Seejuures on hingamismahu langus atropiini foonil vähim (19%) ja aminosüüni toime foonil suurim (56,7%). Edasisel jahutamisel toimub atropiini foonil hingamismahu kiire ja ulatuslik tõus, mis saavutab maksimumi (175,5% lähteväärtustest) $33,9^{\circ}$ juures. Pärast seda hingamismaht langeb, kuid jääb lähteväärtuste tasemele ka rektaaltemperatuuri puhul 26° . Skopolamiini foonil esinev hingamismahu tõus on aeglasem ja tunduvalt väiksem kui atropiini, jäädes madalamaks ka kontrollrühma puhul esinevast tõusust.

Dimedrooli foonil on iseloomulik hingamismahu vähene tõus jahutamise algul, millele aga järgneb tunduv hingamismahu suurenemine.

Tetamooni foonil ületab hingamismaht maksimaalsel tõusul lähteväärtused ainult 11% võrra, kuna heksooni, sümpatolüitiini ja aminosüüni foonil jääb hingamismaht tunduvalt madalamaks lähteväärtustest kogu jahutamise vältel.

Hingamissageduse muutused osutuvad vähem iseloomulikeks ega peegelda hingamistegevust nii kujukalt kui hingamismahu muutused, mis näitab, et hingamistegevuse tõus toimub hingamise süvenemise arvel.

Südamesageduse ja hingamismahu protsentuaalsete väärtuste suhted erinevatel kehatemperatuuridel näitavad tunduvalt erinevusi uuritavate ainete foonil. Esialgselt madaldunud südamesageduse ja hingamismahu suhted hakkavad atropiini ja sellele lähedaste ainete taustal ning kontrollrühmas kasvama hingamismahu kasuks. Rektaaltemperatuuril 26° , kus erinevused südamesageduses on minimaalsed, esineb erakordselt suur diferents atropiini foonil.

Kehatemperatuuri langust soodustavatel ainetel toimub nimetatud suhete tõus aeglaselt, välja arvatud tetamoon. Heksooni ja sümpatolüitiini foonil tõuseb suhe 30° juures üheni ja jääb samale tasemele kogu edasise jahutamise vältel.

Südamesageduse ja hingamismahu suhete analüüsi alusel võib teatud määral otsustada organismi stabilisatsiooni üle. Nii põhjustab atropiin organismi ebastabiilset seisundit, mis väljendub ulatuslikus diferentsis eluliste funktsioonide vahel. Kehatemperatuuri langust soodustavad ained loovad seevastu organismi stabiilsema seisundi, mille tulemusena eluliste funktsioonide langus toimub ühtlaselt ja ühesuguses astmes.

Kõige intensiivsemaid ja kestvamaid külmavärinaid jahutamisel tekitab atropiin, mille puhul kaasnevad veel tugevad spontaansed tõrjeliigutused. Kehatemperatuuri langust soodustavad ained pidurdavad tunduvalt külmavärinate teket ja intensiivsust, nagu aminosüüsiin, sümpatolütiin ja heksoon.

A r u t e l u. Käesolevas töös uuritud ainetest kutsub atropiin esile organismi vastureaktsioonide tugevnemise jahutamisel, sest see on tugev m-koliinreaktiivseid süsteeme blokeeriv aine, mis takistab endotermiliste protsesside kulgemist [E. Toeniessen (30), Dresel (23)] ning põhjustab adrenergilise süsteemi ülekaalu, mille tulemusena jahutamisel intensiivistub soojuse produktsioon. [E. Toeniessen (30), A. D. Sionim (12)] ja toimub organismi vastureaktsioonide tugevnemine. Vaatamata küülikute vähestele tundlikkusele atropiini suhtes [S. Anitškov ja M. Belenki (2)], esinevad neil üsna silmapaistvad organismi reaktsiooni laadi muutused. Antud faktist järeldub, et atropiinile väga tundlikel organismidel võivad olla need muutused kehatemperatuuri langetamisel veelgi ulatuslikumad. Seetõttu peab atropiini kasutamisel arvestama ka meditsiinilises praktikas tema toime iseloomu hüpotermia esilekutsumisel.

Skopolamiin erineb atropiinist organismi reaktsiooni laadi muutmisel üldisel jahutamisel, vaatamata tema kuulumisele m-koliinolüütiliste ainete hulka. Jahutamise algperioodil ilmneb skopolamiinil nõrk organismi reaktiivsust vähendav toime. Oma toimelt lähedane skopolamiinile on dimedrool, millele omistatakse nii m- kui ka n-koliinolüütilisi omadusi [S. Liberman (9), M. Maškovski jt. (11), S. Anitškov ja M. Belenki (2)]. Katse tulemuste põhjal võib öelda, et dimedrooli n-koliinolüütiline toime möödub kiiresti, mistõttu toimub hingamismahu tõus ja teiste näitajate nihkumine atropiini toimelaadi suunas. Viimane seletub tema tugevama m-koliinolüütilise toime avaldumisega.

N-koliinolüütilistest, s. o. ganglione blokeerivatest ainetest, vähendab organismi reaktiivsust tugevasti heksoon, mis võrreldes aminosüüsiiniga ei jää viimasest nimetamisväärselt maha. Nimetatud asjaolu tõttu võib seda edukalt kasutada ühe olulise komponendina kunstliku hüpotermia teostamisel. F. Hauschild'i (25) ja A. Dombrovskaja (6) järgi põhjustab heksoon veenisisesi annustes 3—5 mg/kg täieliku ganglionide blokaadi. Käesoleva töö põhjal võib öelda, et heksooni foonil (veenisisesi 5 mg/kg) jahutamisel külmavärinad täielikult ei kao. Viimasest asjaolust järeldub, et ganglione läbivad mõningal määral sellised impulsid, mis põhjustavad vöötlihaskonna soojuse produtseerimist lihaste värinate näol.

Sümpatolüütiliste ainete — sümpatolütiini ja aminosüüsiini toime laadi uurimised organismi jahutamisel viitavad aminosüüsiini enam väljendunud sümpatolüütilistele omadustele, kusjuures aminosüüsiini tugevam organismi reaktiivsust vähendav toime võib olla seotud tema termoregulatsiooni keskust [Thauer (29), F. Brücke (18), F. Hauschild (25)], *formatio reticularis*'t [F. Brücke (18), P. Anohhin (1)] pärssivate ja neurohumoraalse süsteemi aktiivsust pidurdavate omadustega [M. Taeschler ja A. Cerletti (28), P. Stern (27), P. A. Benos (16)].

Vaatamata aminosüüsiini homoiotermse organismi reaktiivsust vähendavale toimele jääb ka siin võimalus organismi vastureaktsioonide avaldamiseks, sest aminosüüsiin ei kõrvalda täielikult külmavärinaid. Viimane asjaolu kinnitab termoregulatsiooni teenistuses olevate biokeemiliste reaktiivsete süsteemide resistentsust blokeerivate ainete suhtes. Seepärast osu-

tub vajalikuks kasutada blokeerivate ainete kombinatsioone, et saavutada termoregulatsioonimehhanismide sügavat pidurdust kõigis selle lülides [S. Arbusov jt. (4)].

Järeldused. M-koliinolüütilistest ainetest tugevdab atropiini organismi vastureaktsioone tunduvalt, mistõttu osutub otstarbekaks kasutada atropiini asemel skopolamiini hüpotermia esilekutsumiseks kasutatavates ravimite kombinatsioonides.

Ganglionide n-koliinoreaktiivseid süsteeme blokeerivatest ainetest osutub heksoon tetamoonist organismi vastureaktsioonide pidurdamisel efektiivsemaks.

Aminasiini sümpatolütiinist tugevamini väljenduv organismi reaktiivsust vähendav toime on kompleksse iseloomuga.

Termoregulatsiooni teenistuses olevad biokeemilised reaktiivsed süsteemid nii ganglionides kui ka lõpporganites osutuvad resistentseteks blokeerivate ainete suhtes, mis väljendub külmavärvinate jätkumises organismi jahutamisel.

Organismi stabiilsuse üheks näitajaks hüpotermia esilekutsumisel võib pidada eluliste funktsioonide ühtlast ning ühesuguses ulatuses esinevat vähenemist koos kehatemperatuuri langusega.

Hingamistegevuse uurimisel organismi reaktsiooni laadi hindamise seisukohalt on oluline hingamismahu muutuste jälgimine.

Oluliseks komponendiks hüpotermia puhul kasutatavates ravimite kombinatsioonides on aminasiini kõrval heksoon.

KIRJANDUS. 1. Анохин П. К. Физиол. журнал 49, 11, 1072, 1957. — 2. Анчиков С. В. и Беленький М. Л. Учебник фармакологии. Л., 1955. — 3. Арбузов С. Я. Успехи современной биологии. 33, 117, 1952. — 4. Арбузов С. Я. и др. Вестн. хирургии. 776, 62, 1955. — 5. Вальтер А. Е. Современная медицина. 45, 839, 1863. — 6. Домбровская А. М. и др. Физ. журн. АН УССР 1, 80, 1955. — 7. Колюцкая О. Хирургия 8, 38, 1954. — 8. Лабори А. и Гюгенар П. Гипернотерapia и искусственная зимняя спячка в медицинской практике. Под. ред. И. М. Неймана, М., 1953. — 9. Либерман С. С. Фарм. и токс. 11, 29, 1948. — 10. Либов С. А. и др. Вестн. хирургии 76, 24, 1955. — 11. Машковский М. Д. и др. Фарм. и токс. 14, 24, 1951. — 12. Слоним А. Д. Теплообмен и регуляция температуры тела. В кн. учебник физиологии под ред. Акад. К. Быкова. Изд. 3. М., 1955, стр. 428—445. — 13. Старков П. М. К проблеме острой гипотермии. Под. ред. П. М. Старкова. М., 1957. — 14. Углов Ф. Г. и др. Вестн. хирургии 76, 29, 1955. — 15. Шамоу В. Н. и др. Вестн. хирургии 75, 21, 1955. — 16. Benos, P. A. C. r. Soc. biol. 145, 1652, 1951. — 17. Bauman, F. Z. f. vergl. Phys. 10, 419, 1929. — 18. Brücke, E. Östr. Apoth. Ztg. 10, 493, 1956. — 19. Grosse Brockhoff, F., Scheedel, W. Arch. exp. Path. u. Pharm. 201, 417, 1943. — 20. Cushing, H. Proc. Nat. Acad. of Sc. USA 17, 1931. — 21. Cushny, A. R. Handb. d. exp. Pharm. II, 599, 1924. — 22. Dogliotti, A. M. tsit. Koljtskaja j. (7). — 23. Dresel tsit. Licht'i j. Arch. exp. Path. u. Pharm. 121, 329, 1927. — 24. Döblin, tsit. Toenissen'i j. (30). — 25. Hauschild, F. Pharm. u. Grundlagen der Toxikologie, 1956. — 26. Pocidallo, J. J. jt. Presse med. 60, 204, 1951. — 27. Stern, P. tsit. Brücke' j. (18). — 28. Taeschler, M., Cerletti, A. Sitz. — ben. Phys. med. Sz. Erlang., 77, 51, 1954. — 29. Thauer, tsit. Brücke' j. (18). — 30. Toenissen, E. Die Lebensnerven, 471, 1924.

Об эффективности веществ, блокирующих холино- и адренореактивные системы при вызывании гипотермии

Э. Васар

Резюме

При вызывании гипотермии играют важную роль вещества, блокирующие холино- и адренореактивные системы. В связи с более широким применением искусственной гипотермии в хирургии растет интерес к этим веществам. Изучалась эффективность веществ, блокирующих м-холинореактивные системы (атропин и скополамин), х-холинореактивные системы в вегетативных ганглиях (гексоний и тетамон) и обе системы (димедрол), а также и адренореактивные системы (симпатолитин и аминазин) на гипотермный организм при общем охлаждении.

Опыты были проведены на кроликах весом от 2,6 до 3,1 кг, у которых измерялась ректальная температура, определялись объем дыхания и частота биения сердца до общего охлаждения и в ходе его. Кроме того, наблюдали время наступления и интенсивность мышечных дрожаний в течение общего охлаждения. Исследуемые вещества вводились внутривенно за 30 минут до охлаждения в следующих дозах: атропин 5 мг/кг, скополамин 5 мг/кг, димедрол 3 мг/кг, тетамон 10 мг/кг, гексоний 5 мг/кг, симпатолитин 10 мг/кг и аминазин 7,5 мг/кг. 20 минут спустя кролики получали пентотал-натрий внутривенно 25 мг/кг и 10 минут после этого они погружались в холодную ванну (9°)

В зависимости от скорости падения температуры тела при общем охлаждении на фоне действия изучаемых препаратов можно их разделить на две группы. В первую группу входят атропин, скополамин и димедрол, которые не способствуют существенно падению температуры тела при общем охлаждении. Атропин даже препятствует снижению температуры тела. Вторая группа веществ — тетамон, гексоний, симпатолитин и аминазин — ускоряет в значительной мере падение ректальной температуры.

Анализ динамики сердечной деятельности на фоне действия названных веществ при общем охлаждении показывает, что атропин повышает, а скополамин и димедрол не оказывают заметного влияния на частоту биения сердца по сравнению с контрольной группой. На фоне тетамона, гексония, симпатолитина и аминазина наблюдается непрерывное понижение частоты биения сердца ниже уровня контрольной группы. Интересно отметить, что при охлаждении ниже 28—30° действие всех названных веществ выравнивается.

Наблюдаемое понижение объема дыхания перед охлаждением является следствием наркотического действия пентотал-натрия, но это понижение различно на фоне действия разных препаратов. Охлаждение на фоне атропина вызывает значительное повышение объема дыхания. Для скополамина и димедрола характерна двухфазность действия: при охлаждении животного до 31° объем дыхания остается ниже, а при охлаждении от 31° до 25° остается выше по сравнению с контрольными опытами. На фоне тетамона отмечается уже небольшое повышение объема дыхания, которое у гексония, симпатолитина и аминазина еще меньше выражено. Необходимо еще отметить, что между появлением мышечных дрожаний и изменением объема дыхания существует некоторая зависимость.

На основании проведенной работы можно сделать вывод, что аминазин является самым эффективным из изученных веществ по снижению реактивности организма при общем охлаждении.

По эффективности действия после аминазина следуют гексоний, симпатолитин и тетамон. Гексоний можно рекомендовать наравне с аминазином в литических коктейлях. Для подавления парасимпатических функций атропин должен быть заменен скополамином в литических смесях, потому что скополамин не вызывает повышения реактивности организма, подобно атропину, при общем охлаждении.

Viirusdermatooside ravimisest klooretüüli ja rivanooliga

Dotsent L. Nurmand ja H. Nurmand

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist, juhataja Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lep p)

Klooretüüli kasutamisest dermatoloogias leidub meile kättesaadavas kirjanduses vähe andmeid. 1953. a. kirjutas A. V. Jeremjan (1) klooretüüli edukast rakendamisest 60 jalataldade epidermofüütia juhul, kusjuures autori arvates ärritab lokaalne anesteesia naharetseptoreid, muutes sellega keskkonda, millega haigusetekitaja on kohanenud.

L. J. Rosenberg (2) ravis klooretüüliga edukalt 37 neurodermiidahaiget. Seanss kestis 0,5 kuni 2 minutit, kusjuures ravi piirdus ülepäeviti toimuva 5 kuni 30 seansiga. Kliiniliselt tervistus 18 haiget, tunduvalt paranes 14 haiget ja haigus retsidiveerus 5 juhul. Blokaadi mehhanismi seletab L. J. Rosenberg K. M. Bõkovi seisukohalt, kes arvab, et nõrga ärrituse puhul (anesteseeriva ainega) perifeerse närvikava ühes piirkonnas tekivad selles interoretseptiivsed impulsid, mis omalt poolt mõjutavad kõrgemaid regulatoorseid mehhanisme.

Sama ravi klooretüüliga rakendasime Tartu Riikliku Ülikooli nak-kushaiguste ja dermatoloogia kateedris ja Tartu Linna Naha- ja Suguhai-guste Dispanseris mõningate viirusdermatooside puhul. Klooretüüli kasu-tasime järgmiselt: klooretüüli juga suunatakse nahal asuvale haiguskol-dele 30—50 sekundi vältel 30 sm kauguselt, mille tagajärjel tekib naha kahvatumine ja tuimastus. Tervet nahka kaitseme kolde ümbruses, eriti silmade piirkonnas, käteräti või vatiga. Vajadusel korratakse seanssi järgneval päeval (*herpes simplex*'i puhul) või ülepäeviti (*herpes zoster*'i puhul).

Osa haigetest sai suu kaudu rivanooli M. I. Štšerbakov'i poolt (3) 1955. a. soovitatud meetodika kohaselt (0,03 g rivanooli 3 korda päevas oblaatides või kapslites 10 päeva jooksul).

1,5 aasta vältel raviti 79 nahahaiget, neist 49 diagnoosiga *herpes simp-lex*, 14 — *herpes zoster* ja 16 — *erythema exsudativum multiforme*. Üks haigete rühm (53 juhtu) sai ainult lokaalset ravi klooretüüliga, neist diag-noosiga *herpes simplex* — 49 ja *herpes zoster* — 4 haiget.

Teisele rühmale manustati ainult rivanooli suu kaudu (10 haiget ekssu-datiivse erüteemiga); kolmanda rühma 31 haiget said aga kombineeritud ravi, neist oli 15 isikul *herpes simplex*, 10 *herpes zoster* ja 6 haigel *eryth-ema exsudativum multiforme*.

Üksikute nosoloogiliste vormide järgi saavutati järgnevaid tulemusi:

1. Diagnoosiga *herpes simplex* raviti 49 haiget, neist 17 meest ja 32 naist, vanusega 8—60 aastat. Esmakordselt põdesid ohatist 4 haiget, ülejää-nud haigestusid korduvalt, peaaegu alati pärast külmetamist.

Algul manustati kõigile 49 haigele ainult klooretüüli, kusjuures eris-tati 4 haigusstaadiumi: esimeseks, kõige kergemaks staadiumiks loeti punetust ja kipitust või valutunnet, mis on ohatise ilmumise eelnähtudeks (8 haiget). Teises staadiumis kaasub sellele turse (17 haiget), kolmandas staadiumis kujunevad juba selgelt välja villid (21 haiget) ja neljandas staadiumis kuivavad villid koorikuteks (3 haiget) [L. Nurmand (4)]. Tabe-lis nr. 1 esitame andmed ravi kestuse kohta olenevalt haiguse staadiumist

Tabel nr. 1

Haiguse staadium	Juhtude arv	Seansside arv	Tervistumiseks vajaminevate päevade arv
1. punetus + valu	8	1	1
2. punetus + turse	17	1-2	1-3
3. turse + villid	21	2-3	3-4
4. koorikud	3	1	3-4

Nagu tabelist nähtub, piisas haiguse esimeste tundemärkide puhul ühest raviseansist klooretüüliga selleks, et pidurdada põletikulise prot-sessi arenemist. Nendel haigetel olid juba järgneval päeval herpese sümpt-toomid kadunud.

Haiguse teises staadiumis tuli rakendada 1—2 seanssi ja paranemi-seks kulus kuni 3 päeva. Selgelt kujunenud herpese puhul tuli kloor-etüüli manustada 2—3 korda ja ka tervistumine nõudis kuni 4 päeva. Kolmel haigel, kes pöördusid ravile koorikutega, rakendati ainult üks klooretüüli seanss, sest valu ja turse olid kadumas ning koorik liiga paks selleks, et võimaldada ravimi juurdepääsu naharetseptoriteni. Selle tõttu kestis ka paranemine 3—4 päeva, nagu see harilikult selles staadiumis esineb ka klooretüüli manustamiseta.

Kirjeldatud ravitulemustest nähtub, et herpese algperioodis võib klooretüüliga kiiresti pidurdada põletikulise protsessi arengut. Mida hilisemas haiguse staadiumis ravi alustatakse, seda hiljemini saabub ter-vistumine. Koorikute puhul aga on klooretüüliga ravimine vähem tõhus.

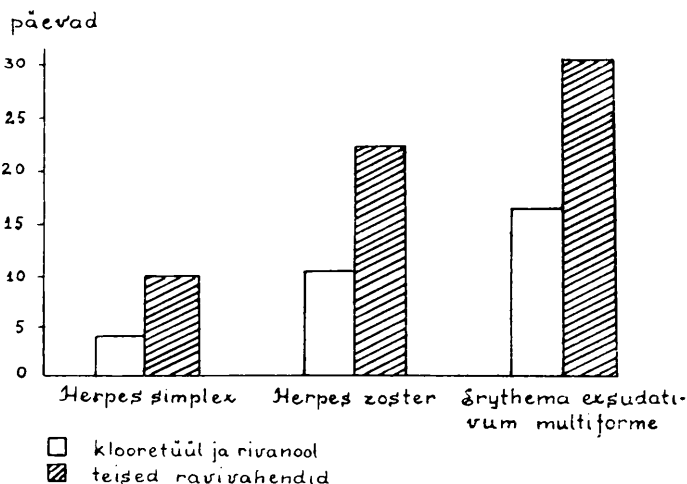
Edaspidi tekkis 2—3 kuu jooksul 15 selle rühma haigel ohatise retsidiivi, mille puhul korraldati klooretüülravi. Seejuures aga kombineeriti paigset ravi rivanooli manustamisega suu kaudu. Järgneva aasta jooksul tekkis ainult 3-l haigel kergete nähtudega retsidiiv.

Edasi rakendati klooretüüliblokaadi 14-l herpes zoster'iga haigel (12 naist ja 2 meest, vanuses 7—60 aastani), neist kaks põdesid seda haigust korduvalt.

10-le selle rühma haigele manustati paralleelselt rivanooli.

Kõik 14 patsienti pöördusid arsti poole kolmandas staadiumis, s. o. väljaarenenud villidega, kusjuures 10-le haigele rakendati 1 seanss, 1-le haigele 2 seanssi ja 3-le haigele 3 seanssi klooretüüli.

Diagramm 1



Ravi tulemusena kadus kõigil patsientidel piinav valu kohe pärast esimest seanssi ning algas taandarenemise protsess. Täielik tervistumine saabus 5—10 päeva jooksul, s. o. märksa kiiremini, kui teiste ravimeetodite puhul (3—4 nädalat). Retsidiivi selle rühma haigetel ei täheldatud.

Diagnoosiga *erythema exudativum multiforme* oli 16 patsienti, neist 9 põdes seda korduvalt (2 kuni 5 korda). Haigetest oli 12 naist ja 4 meest, vanuses 10—55 aastat. 10 haiget selles rühmas said ainult rivanooli, 6-le aga manustati seda koos klooretüüliga.

Ohtra nahalööbe tõttu tehti klooretüüliblokaade ainult ühel jäsemel, teist poolt raviti kontrollimiseks harilike salvidega (10% ihtüooliga, 10% kseroformiga või 10% dermatooliga). Jäsemetel, mida raviti klooretüüliga, likvideerus haigusprotsess kaks korda kiiremini kui salvidega ravitud kehaosadel.

Kogu ravi kestis kõigil 16 ekssudatiivse erüteemiga haigel 10—16 päeva, mis on märksa kiirem, kui teiste meetodite puhul. Neljal erüteemihaigel tekkis mõni kuu hiljem kergekujuline retsidiiv.

Huvitava tähelepaneku tegime aga ühel ekssudatiivse erüteemi juhul. Retsidiivi puhul sai haige esimeste haigustunnuste ilmunisel kahekordse rivanooliannuse (2 oblaati kumbki 0,03). Pärast nelja oblaadi sissevõtmist algas haigusnähtude taandarenemine ja paari päevaga oli patsient terve. Sellest ajast alates manustame viirusdermatoosidega haigetele rivanooli 0,05×3 pro die, kusjuures kuur kestab endiselt 10 päeva; keskmine tervistumine on üks nädal. Tüsistusi pole ravi vältel esinenud.

Viirusdermatooside ravitulemused klooretüüli ja rivanooliga esitame tabelis nr. 2

Dermatoos	Haigete arv	Klooretüül		Rivanool		Kombineeritud ravi	
		tervis-tunud	retsi-diivid	tervis-tunud	retsi-diivid	tervis-tunud	retsi-diivid
<i>Herpes simplex</i>	49	49	15	—	—	15	3
<i>Herpes zoster</i>	14	4	—	—	—	10	—
<i>Erythema ex. multiforme</i>	16	—	—	10	3	6	1
Kokku	79	53	15	10	3	31	4

Tabelist nr. 2 nähtub, et kombineeritud ravi puhul on retsidiivid märksa harvemad kui ainuüksi klooretüüli või rivanooliga ravitud haigetel.

Võrdlevad andmed mainitud ravimeetodi ja teiste viirusdermatooside puhul kasutatavate ravivahendite vahel selgitab diagramm nr. 1.

Diagrammist selgub, et ravimine klooretüüluga ja rivanooliga lühendab võrreldes teiste raviviisidega (antibiootikumid, sulfaniilamiidid, urotropiin jt.) viirusdermatooside kulgu peaaegu poole võrra.

Mis puutub klooretüüli toimemehhanismisse, siis võiks seda vaadelda A. A. Višnevski seisukohalt (5) kui närvisüsteemi väljalülitamist ja ühtlasi nõrka ärritust, mis toob endaga kaasa troofilisi nihkeid mitte ainult haiguskoldes, vaid ka piirkondades, mis asuvad mõjutamise kohast kaugel.

Kokku võttes kirjeldatud meetodi ravitulemusi, jõuavad autorid järgmistele järeldustele:

1. Mõningate viirusdermatooside ravimine klooretüüluga kõrvaldab kiiresti valutunde, eriti *herpes zoster*'i puhul, pidurdab põletikulise protsessi arengut ning lühendab ravi kestust poole võrra, võrreldes teiste ravimeetoditega, klooretüül aga ei väldi retsidiive.

2. Tunduvalt väiksem on retsidiivide arv rivanooli manustamisel, seejuures on retsidiivinähud kergemad kui enne ravimist.

3. Kõige efektiivsemaks osutus viirusdermatooside kombineeritud ravi klooretüüli ja rivanooliga.

KIRJANDUS. 1. Еремян А. В. Вестн. венерол. и дерматол., 1953, 1, 55. — 2. Розенберг Л. И. Вестн. венерол. и дерматол., 1953, 2, 55. — 3. Щербakov И. М. Вестн. венерол. и дерматол., 1955, 5, 62. — 4. Нурманд Л. П. Ученые записки Тартуского государственного университета, 1956, 45, 183—186. — 5. Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и маслянобальзамические антисептики как особый вид патогенетической терапии, М., 1952.

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ХЛОРИСТЫМ ЭТИЛОМ И РИВАНОЛОМ

Л. Нурманд и Х. Нурманд

Резюме

Лечение применялось к 79 больным (49 с диагнозом *Herpes simplex*, 14 — *Herpes zoster* и 16 — *Erythema exsudativum multiforme*). I группа (38 больных) получила только локальную блокаду хлористым этилом, II группа (10 больных) принимала внутрь только риванол по 0,03 г 3 раза в день в течение 10 дней и III группа (31 больной) получила комбинированное лечение (хлористый этил и риванол).

Анализируя полученные результаты, авторы приходят к заключению, что этот метод моментально устраняет боль и сокращает срок лечения наполовину по сравнению с другими методами лечения и тем самым значительно сокращается число дней нетрудоспособности больного.

Наилучшие результаты получены при комбинированном лечении (III группа). Никаких осложнений при лечении не наблюдалось.

PÕLEVKIVIPNEUMOKONIOOSI PROFÜLAKTIKA KÜSIMÜSI

H. Jänes

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. B o g o v s k i)

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehügieeni laboratooriumi töötajate uurimused (1, 2, 3) näitavad, et töötingimusi põlevkivi kaevandavas ja töötlevas tööstuses iseloomustab muude tegurite hulgas ka õhu küllaltki suur tolmusus. See on hügieeni seisukohalt olulise tähtsusega, sest kliinilis-röntgenoloogiliste, patomorfoloogiliste ja eksperimentaalsete uurimustega (4, 5, 6) on tõestatud põlevkivitolmu pneumokonioosi tekitav toime. Seega tuleb rohkem tähelepanu pöörata põlevkivipneumokonioosi profülaktikale, sest seni ei tunta radikaalseid pneumokonioosi ravimeetodeid ega kopsufibroosi taandarengule viivaid vahendeid.

Tuntud pneumokonioosi eriteadlane M. A. Kovnatski (7) märgib, et pneumokoniooside täielikule likvideerimisele on seni peamiseks takistuseks profülaktiliste ürituste vähesus, mille põhjuseks tihti on asjaolu, et meditsiinitöötajad on puudulikult informeeritud profülaktika meetoditest. Allpool vaatleme nimetatud küsimusi Eesti NSV põlevkivitööstuses.

Hügienistide poolt välja töötatud arvukaid pneumokonioosi profülaktilisi üritusi klassifitseerib N. A. Vigdortšik (8) järgmiselt:

1) kutseohtu radikaalselt kõrvaldavad abinõud;

2) palliatiivsed abinõud:

a) kutsekahjustuse võimaluse vähendamine kahjustava teguri kõrvaldamise teel;

b) kahjustava teguriga kokkupuutuva kollektiivi muutmine tugevaks ja võimalikult vähemtundlikuks selle vastu:

aa) kutsevalik, arvestades inimeste individuaalset tundlikkust kahjustava teguri suhtes;

bb) individuaalsed kaitsevahendid kahjustava teguri vastu;

cc) üldise iseloomuga üritused töötajate kollektiivi tervisliku seisundi tugevdamiseks.

Sellest ürituste skeemist juhindume ka põlevkivipneumokonioosi profülaktikas.

Võitlus tolmu põlevkivitööstuses peab eelkõige toimuma tehnoloogilise protsessi täiustamise, tolmu tekkega seotud tööoperatsioonide mehhaniseerimise ning automatiseerimise teel.

Maa-aluste tööde mehhaniseerimise tõttu suureneb tolmu hulk sageli õhus (mille vastu organiseeritakse spetsiaalseid üritusi), kuid vabastab tolmuselt töölt palju inimesi ning likvideerib raske füüsilise töö, millega kaasnev hingeldus soodustab pneumokonioosi.

Tõhusaks ürituseks põlevkivipneumokonioosi profülaktikas on kaevandustes abitööde (põlevkivi transportimine ja sorteerimine) automatiseerimine. Selles osas on kogemusi 4. kaevandusel. Nimetatud küsimuse lahendamisel kaevanduses «Käva-2» töötab Üleliiduline Söetööstuse Automatiseerimise Instituut.

Heaks näiteks õhu tolmusust vähendavatest abinõudest on Kohtla-Järvel seni kasutatud kamberahjude ekstraktorite asendamine «KC» tüüpi automaatsete ekstraktoritega, millede töötamisel, nagu näitavad Slantsõ Põlevkivigaasi Tehase sanitaar-hügieenilisel uurimisel saadud andmed, koksitolmu hulk töökohtade õhus on 100 ja isegi rohkem kordi väiksem ning ei ületa nimetamisväärselt lubatud kontsentratsioonipiiri.

Reaalne on põlevkivi töötlevas tööstuses ka põlevkivi etteandmise osakondade töö automatiseerimine ning kaugjuhtimine, mis samuti vabastab tolmuselt töölt hulga inimesi. Hästi automatiseeritavad ja hermetisee-

ritavad on ka tahke soojuskandjaga utteseadmed. Nimetatud utteseadmete automatiseerimine on põlevkivipneumokonioosi profülaktikas erilise tähtsusega, sest nendes kasutatakse tolmpõlevkivi.

Oluliseks vahendiks tolmuvastases võitluses on ventilatsioon.

Põlevkivikaevandustes kaevandatavad kihid sisaldavad küllaltki rohkesti niiskust (kuni 18 protsenti ja isegi rohkem) ning seetõttu satub töökohtadel õhku peamiselt peent tolmu [75% tolmuühemest on läbimõduga kuni 1 mikron (9)], mis hõljub õhus pikemat aega [sfäärilise kujuga 1-mikroonilise läbimõduga tolmuühed langeb 28,3 sm tunnis (8) ja on tuulutamise abil kõrvaldatav].

Tuulutamise kohta tolmu õhu kõrvaldamiseks laavadest ning etest puuduvad normatiivid. V. V. Nedin (10) soovib rauamaagikaevandustes saadud kogemuste põhjal kasutada õhuvoolu kiirust 0,4—0,6 m/sek. märgades töökohtades ja 0,6—0,8 m/sek. kuivades töökohtades. Liiga kiire õhuvool võib õhu tolmusust koguni suurendada sadestunud tolmu uuesti õhku sattumise võimaluse tõttu.

Arusaadavalt ei piisa tolmutõrjes üksnes tuulutamisest pärast lõhkamist, vaid tuulutada tuleb pidevalt ka lõhkamiste vaheaegadel. Arvestades põlevkivikaevanduste mikrokliimaatilisi tingimusi: suhteliselt madalat õhutemperatuuri (keskmiselt 8,5°C) kõrge relatiivse niiskusega 98—99 protsenti (3), tuleb ventilatsiooniseadmeid varustada kalorifeeridega, mis kindlustaksid kaevandusse suunatava õhu soojenemist, eriti talvel.

Ventilatsiooni tuleb rakendada ka kaevanduste maapealsetes sorteerimise osakondades. Tolmu tekitavad seadmed tuleb varustada katetega ning tugeva mehaanilise äratõmbeventilaatoriga. Õhuliikumise kiiruseks tööavas tuleks arvestada 1,5 m/sek. ja äratõmbetorustikus 15—20 m/sek. Samasugust mehaanilist ventilatsiooni on vaja kasutada ka põlevkivitöötlemise ettevõtetes, näiteks põlevkivi etteandmise osakondades, tuha kõrvaldamisel jne. Arusaadavalt vajab atmosfääri suunatav tolmu õhk puhastamist.

Üks lihtsamaid, kergesti teostatavaid ning tõhusamaid õhu tolmu-ust vähendavaid abinõusid on tolmu materjali niisutamine.

Nõukogude Liidu ja välismaa kaevandustes on laialdaselt levinud nn. märgpuurimine, mille puhul puurimise käigus puurauku uhutakse veega. Meie põlevkivikaevandustes ei saa seda meetodit pidada otstarbekaks madala õhutemperatuuri ja kaevandatavate kihtide küllaltki suure niiskuse tõttu. Peale selle on põlevkivikaevanduste tolmu peendis dispersne, vennisvabariikide kogemustest aga teame, et märgpuurimise puhul võivad peenemad tolmuühemed (läbimõduga kuni 3 mikronit) ikkagi satuda õhku (11).

Niisutusmeetod jääb asendamatuks põlevkivi töötlevas tööstuses eelkõige tuha kõrvaldamisel. Seda tõendavad võrdlevad andmed Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi gaasigeneraatoritsehhide kohta. V tsehhis, kus kasutatakse märga tuhakõrvaldamise meetodit, on I korrusel õhu tolmu-ust 100 korda väiksem kui III ja IV tsehhis, kus gaasigeneraatoritel puuduvad vesilukud. Tolmuvastases võitluses on tõhusaimaks teeks hüdrauliline tuha kõrvaldamine torujuhtmetes, mida kasutatakse Slantsõ soojuselektrijaamas jm. Hüdrauliline tuha kõrvaldamine tuleb rakendamisele ka Balti soojuselektrijaamas.

Niisutusmeetodi kasutamine annab tulemusi ka põlevkivitolmu vastu võitlemisel. Näiteks põlevkivi niisutamine Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi kamberahjude tsehhi põlevkivi etteandmise osakonnas vee pihustamise teel lintransporditõrjetele pärast sõelu vähendas tolmu-ust osakonnas õhus 2,5 korda.

Tsehhide põrandatele, seintele ja seadmetele sadenenud tolmu kõrvaldamiseks võib kasutada kaht meetodit: liikuvaid tolmuimemis-seadel-

disi ja veejoaga pesemist (vee piserdamine põrandale ei ole küllaldane). Lihtsam ja odavam on viimatinimetatu.

Enamik tolmudest, sealhulgas ka põlevkivitolm, on hüdrofoobne. Niisutusmeetodi tõhustamiseks kasutatakse aineid, millede lisandamine 0,1—0,25 protsendi ulatuses niisutusveele vähendab viimase pindpinevust ning soodustab vedeliku adsorptsiooni tolmutõrjehulga; seejuures väheneb ka niisutusvee kogus. Sellistest märgamist soodustavatest lahustest K. V. Kotšnevi (12) andmetel ДБ, ОП-7, ОП-10 pehmes vees ning sulfanool, nekaal jt. kõvas vees vähendavad täiendavalt õhu tolmusust puhta veega võrreldes 40—70%. M. T. Berkovitši (13) järgi reastuvad märgavad lahused oma efektiivsusest järgmiselt (0,1% kontsentratsioon): ДБ, ОП-7, ОП-10, sulfanool, nekaal, Petrovi kontakt, mõlonaft, kusjuures tõhusaimaks on ДБ. Sobivaima lahuse leidmiseks tuleb teostada vastavad katsed põlevkivi ja selle tuha tolmuaga.

Kõigi nende tehnilist laadi profülaktiliste ürituste eesmärgiks on vähendada tolmu hulka töökohtade õhus vähemalt maksimaalse lubatud kontsentratsiooni. Tööstusettevõtete projekteerimises kehtivate sanitaar-eeskirjade (H 101-54) järgi on põlevkivitolmu kontsentratsiooni lubatud piiriks 10 mg/m³ (sisaldab alla 10% kvartsi) ja põlevkivituhale, mis sisaldab üle kümne protsendi kvartsi, 2 mg/m³. Käesoleval ajal töötatakse Nõukogude Liidus välja uued diferentseeritud lubatud piirkontsentratsioonid, kusjuures arvestatakse nii tolmu füüsikalisi omadusi ja keemilist koostist kui ka bioloogilist agressiivsust (14). Seoses sellega kerkib üles ka põlevkivitolmu kontsentratsiooni lubatud piiri täpsustamise küsimus. Mitmed asjaolud, nagu põlevkivitolmu kõrge disperssuse aste, pneumokonioosi esinemine suhteliselt vähesel tolmususega õhus töötavatel kaevuritel (4), kerogeeni osas rikastatud kvartsivaba põlevkivitolmu eksperimentaalset pneumokonioosi tekitav toime (6,15) jne. viitavad vajadusele vähendada lubatud piirkontsentratsiooni umbes poole võrra — kümnele milligrammilt neljale milligrammile ühes kuupmeetris. Selline õhu tolmususe vähendamine on praegusel ajal tehniliselt täiesti võimalik. Hügieeninõuded peavad olema üheks tõukejõuks ning suunajaks tehnika arengule.

Õhu tolmusus ettevõtetes vajab süstemaatilist kontrollimist. Seetõttu tuleb pidada vajalikuks põlevkivibasseini ühe või mitme nn. tolmulaboratooriumi rajamist. Kaevandusi teenindava tolmulaboratooriumi ülesandeks oleks:

- a) ettevõtte õhu tolmususe regulaarne kontrollimine;
- b) tolmu tekkimiskohtade väljaselgitamine ning konkreetsete tolmutõrjevahendite väljatöötamine;
- c) tolmu koostise, eelkõige kvartsisisalduse kindlaksmääramine;
- d) tolmuvastaste ürituste tõhususe kontrollimine;
- e) uute tolmutõrjevahendite ning tolmuanalüüsi aparatuuride katsetamine tootmistingimustes;
- f) märgavate lisalahuste kasutamisel nende doseerimine;
- g) lähteandmete kogumine tolmuvastaste ürituste projekti koostamiseks uute osakondade või ettevõtete käikulaskmisel.

Tolmulaboratooriumide organiseerimiseks on NSV Liidu Teaduste Akadeemia juures asuva silikoosi vastu võitlemise komisjoni poolt välja töötatud täpsed juhendid (16). Sellised tolmulaboratooriumid, mis sisuliselt kuuluvad ühte ettevõtete ventilatsiooniteenistusega, võiks Eesti NSV-s administratiivselt liita mäepäästejaamadega.

Meditiinilis-sanitaarse iseloomuga ürituste hulgas kuulub oluline koht arstlikule kontrollile nii töötajate tööle võtmisel kui ka perioodiliselt töötamise vältel. Nimetatud küsimust käsitleb NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri 7. septembrist 1957. a. nr. 136.

Pneumokonioosiohuga seotud tööle ei või võtta inimesi, kes põevad

tolmu mõjul progresseeruda võivaid haigusi või kellel on nõrgenenud ülemiste hingamisteede loomulik kaitsevõime.

Kahjuks tuleb märkida, et perioodilised meditsiinilised läbivaatused põlevkivitööstuses ei toimu regulaarselt ja pole sageli vajalikul tasemel. Pneumokonioosist ohustatud tööliste läbivaatused ei ole mõeldavad ilma röntgenograafiata. Selleks tuleb ettevõtete ambulatooriumid varustada röntgendiagnostika sisseseadega ning tõsta arstide kvalifikatsiooni pneumokoniooside diagnostika alal. Varajasel pneumokonioosi diagnostikal on määrav tähtsus töötajate tervise ning töövõime säilitamisel. I järgu põlevkivipneumokonioosi tunnuste puhul tuleb tolmusel tööl edasitöötamise võimalust kaaluda igal üksikul juhul individuaalselt. II järgu pneumokonioosihageid aga tuleb tingimata üle viia teisele tööle (4).

Z. D. Gorkini ja tema kaastööliste (17, 18) uurimistöödele tuginedes rakendatakse laialdaselt NSV Liidu mäetööstuse ettevõtetes profülaktilise üritusena töötajate kiiritamist ultraviolettkiirte suberütematoossete annustega. Ultraviolettkiired stimuleerivad organismi kaitsefunktsioone, töölistel paraneb enesetunne, suureneb kehakaal, paranevad punase vere näitajad jne. Selle tõttu tuleb lugeda hädavajalikuks fotaariumi rajamine iga kaevanduse juurde.

Tolmuses õhus töötajatel arenevad lühema või pikema aja jooksul ülemiste hingamisteede kahjustused. See kehtib ka meie põlevkivibasseini töötajate suhtes. A. Luts (19) märgib, et enamikul tolmu kokkupuutuvaist põlevkivitööstusest esineb ülemiste hingamisteede katarraalne seisund, kusjuures pikaajalise staažiga töölistel prevaleeruvad atroofilised nähud. Pneumokonioosi soodustavate häirete profülaktikas on olulised nii üld- kui ka individuaalsed inhalatsioonid. Mitmesuguste inhaleeritavate vahendite hulgast võiks kõne alla tulla taimsete õlide inhaleerimine.

Nii tööstustes kui ka kaevandustes kasutatakse individuaalsete kaitsevahenditena tolmuresspiraatoreid. Need on lihtsad, odavad ja neid saab igal pool kasutada. Respiraatoritel on aga palju puudusi: hingamisel need moodustavad täiendava takistuse (10—15%), mis suureneb veelgi filtri niiskumisel. Samuti vähendavad respiraatorid vaatevälja (12—30%), ärritavad näonahka jne. (20). Respiraatorite kasutamine kogu tööpäeva kestel ei ole mõeldav ning nendesse tuleb suhtuda kui lühiajaliselt, mõne eriti tolmu tööoperatsiooni puhul kasutatavasse hädaabinõusse.

Profülaktiliste ürituste kompleksi kuuluvad ka kõik üldise iseloomuga organismi tugevdavad abinõud. Siin tuleb silmas pidada profülaktooriume (käesoleval ajal on neid põlevkivibasseinis ainult üks — Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi profülaktoorium Ontikal), tööpäeva pikkuse reguleerimist, elamutingimuste parandamist, vitamiinirikast toitlustamist, kahjulike harjumuste likvideerimist jne.

Olulise tähtsusega on kaevanduste ja tehaste töötajate teadlikkus pneumokonioosi vältimise küsimustes. Siin tuleb töölisi põhjalikult instrueerida ohutustehnika alal, kasutades ka sanitaarselgitustöö mitmesuguseid vorme.

Kõigi loetletud profülaktiliste ürituste elluviimine vähendab mitte ainult haigestumist pneumokonioosi, ja selle tagajärjel tekkivat invaliidisust, vaid aitab kaasa ka üldise haigestumuse vähendamisele ning töötavuse kasvule. Põlevkivibasseinis asuvate sanitaar-epidemioloogia jaamade tähtsust pneumokonioosi profülaktiliste ürituste organiseerimisel ja kontrollimisel peab tunduvalt tõstma.

KIRJANDUS. 1. Анисимов А. Н., Аккерберг И. И., Видоменко А. Н., Юргенсон И. А. и Янес Х. Я. В сб. «Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР», II, 86—118, Таллин, 1955. — 2. Аккерберг И. И., Юргенсон И. А. и Янес Х. Я. В сб. «Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР», II, 32—60, Таллин, 1955. — 3. Аккерберг И. И., Видо-

менко А. Н., Юргенсон И. А. и Янес Х. Я. В сб. «Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР», 11, 61—85, Таллин, 1955. — 4. Salzman, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1, 37—40, 1958. — 5. Küng, V. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, III, 2, 291—299, 1955. — 6. Кюнг В. А. Известия Академии наук Эстонской ССР, VI, серия биологическая, 2, 121—128, 1957. — 7. Ковнацкий М. А. Силикатозы, Л., 1957. — 8. Бигдорчик Н. А. Учение о силикозе, М., 1957. — 9. Jänes, H. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, IV, 3, 481—487, 1955. — 10. Недин В. В. В сб. «Борьба с силикозом», 1, 25—41, Издательство Академии наук СССР, М., 1953. — 11. Профессиональные болезни (руководство для врачей). М., 1957. — 12. Кочнев К. В. Сборник работ по силикозу, вып. 1, 3—11, Свердловск, 1956. — 13. Беркович М. Т. Сборник работ по силикозу, вып. 1, 41—49, Свердловск, 1956. — 14. Исаев Н. С., Смелянский З. Б., Хоцянов Л. К., Хухрина Е. В. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 4, 3—11, 1954. — 15. Янес Х. Я. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 3, 20—23, 1957. — 16. Профилактика силикоза. Организационно-методические материалы. (Под общей редакцией А. А. Скочинского), М., 1956. — 17. Горкин З. Д. Гигиена и санитария, 11, 19—22, 1950. — 18. Горкин З. Д., Станиславский Я. М. и Говорчук Р. Ю. Гигиена и санитария, 3, 29—34, 1948. — 19. Luts, A. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi V teadusliku sessiooni ettekannete teesid põlevkivitööstuse kutsehäigeei küsimustes, Kohtla-Järvel, 11.—12. novembrini 1955. a., lk. 8—9. — 20. Торский П. Н. Борьба с рудничной пылью. Металлургиздат, М., 1951.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЛАНЦЕВОГО ПНЕВМОКОНИОЗА

Х. Янес

Резюме

Исследованиями Института экспериментальной и клинической медицины Академии наук Эстонской ССР установлена значительная запыленность воздушной среды рабочих мест предприятий сланцевой промышленности республики. С гигиенической точки зрения эти данные имеют важное значение, так как клинико-рентгенологически, патоморфологически и экспериментально установлено существование сланцевого пневмокониоза.

Основными инженерно-техническими методами профилактики сланцевого пневмокониоза являются:

- 1) широкое внедрение герметизации, механизации и автоматизации в сланцедобывающей и сланцеперерабатывающей промышленности;
- 2) рациональное использование механической вентиляции в шахтах и на заводах;
- 3) использование метода орошения.

Необходимо проведение специальных опытов для выбора наилучшего смачивания.

Ряд факторов, как, например, высокая дисперсность сланцевой пыли, способствующая развитию пневмокониоза у шахтеров, соприкасающихся с небольшими ее концентрациями, возникновение экспериментального сланцевого пневмокониоза у подопытных животных при воздействии обогащенной пыли, не содержащей кварца, и т. д., указывает на необходимость уточнить предельно допустимую концентрацию сланцевой пыли и снизить ее до 4 мг/м³. Для регулярной проверки запыленности на предприятиях и выработки конкретных оздоровительных мероприятий необходимо организовать в сланцевом бассейне Эстонской ССР одну или несколько пылевых лабораторий.

Основными профилактическими мероприятиями медико-санитарного характера являются: 1) высококачественные предварительные и периодические медицинские осмотры; 2) организация фотарий на шахтах; 3) использование профилактических ингаляций; 4) в необходимых случаях применение индивидуальных защитных средств; 5) проведение мероприятий общего характера, укрепляющих здоровье коллектива (организация профилактория, рациональное питание, борьба с вредными привычками и т. д.).

Перечисленные мероприятия могут не только предупредить возникновение пневмокониоза, но и способствовать снижению общей заболеваемости, в результате чего повысится производительность труда.

Клинические особенности течения гриппа у взрослых в период волны пандемии осенью 1957 года в Таллине

М. Овчинников, Д. Сотников и Т. Рабинкова

Под наблюдением авторов в условиях стационара с августа по ноябрь 1957 года находилось 600 больных гриппом мужчин в возрасте от 19 до 23 лет. Кроме молодого возраста у заболевших было много общего в режиме труда и питания. Из общего числа больных в стационар поступило в августе 14,5%, в сентябре — 16,8%, в октябре — 47% и в ноябре — 21,7%. В первый день болезни поступило 23,3% больных, на второй день — 45,4% и на третий — 31,3%.

Диагностика гриппа базировалась на эпидемиологических (больные поступали в основном из очагов инфекции), клинических данных и результатах исследования крови. У некоторых больных при исследовании смывов из носоглотки был выделен вирус типа А₂ (А. И. Карапетян).

Тяжелых клинических форм гриппа не было отмечено. Почти у 90% больных наблюдался грипп средней тяжести и у остальных — в легкой форме, что вполне согласуется с указаниями других авторов относительно особенностей пандемии гриппа в 1957 году (В. Соловьев, 1958; Н. И. Морозкин, Р. Я. Херсонская, А. И. Бусленко, 1957). У 100% больных начало болезни было острым и в большинстве случаев (89,6%) сопровождалось крутым подъемом температуры до высоких цифр (38° и выше) с максимумом в первые два дня болезни.

У 26,7% больных лихорадочный период продолжался одни сутки, у 27,3% — двое, у 22% — трое, у 10,8% — четверо, у 5,7% — пятеро и у 7,5% — свыше 5 суток. Таким образом, для лихорадки при рассматриваемой волне гриппа, как и во время ряда прошлых вспышек, характерно быстрое максимальное развитие температуры в первые два дня с кратковременностью её стояния на высоких цифрах.

В литературе встречаются указания о том, что для гриппа характерна «двугорбая» температурная кривая. По данным Ф. Г. Эпштейна (1955), в разные вспышки она наблюдается у 7—25% больных. Мы отмечали такую температуру в 4,3% случаев. При этом у большинства больных второму подъему температуры предшествовала её нормализация в 3—4 дня вполне удовлетворительного состояния.

Частота отдельных наблюдавшихся нами симптомов гриппа представлена в таблице 1.

Таблица 1

Симптомы заболевания	% % больных
Общая слабость	98
Головная боль	96
Сухой кашель	44,5
Насморк	41,3
Боль в мышцах и костях	36,8
Озноб	32
Боль в горле	15,1
Гиперемия зева и «зернистость» слизистой мягкого нёба . . .	45,1

Общая слабость, имевшаяся почти у всех наших больных, была выражена в умеренной степени и быстро уменьшалась по мере улучшения общего состояния больного.

Головная боль, на которую жаловался почти каждый больной, достигала в ряде случаев резкой степени, однако, у большинства была также умеренной и локализовалась, как правило, в области лба и висков. Озноб

проявлялся в разной степени — от резкого до состояния познабливания. У большинства больных озноба не наблюдалось. Боли в мышцах и костях наступали обычно в первый день заболевания и исчезали по мере снижения температуры и других явлений токсикоза.

Как известно, грипп часто сопровождается катаральными явлениями со стороны органов дыхания. Лишь примерно у 20 % больных они полностью отсутствуют (Ф. Г. Эпштейн, 1955).

Среди нашего контингента больных катаральные явления, как правило, не достигали резкой степени и встречались реже (сухой кашель — у 44,5 %, насморк — у 41,3 %, гиперемия зева — у 45,1 %). При выслушивании легких определялись сухие хрипы на фоне жесткого дыхания у небольшого числа больных.

При исследовании сердечно-сосудистой системы у 60,7 % больных отмечалось снижение артериального давления (до $\frac{100 - 90}{50}$ мм р. ст.)

У 39,5 % больных была выявлена брадикардия, у 6,7 % — тахикардия и у 53,8 % — частота пульса соответствовала уровню температуры тела. Со стороны желудочно-кишечного тракта каких-либо особенностей не отмечалось.

При осмотре кожных покровов обращали на себя внимание гиперемия лица и потливость. У двух больных наблюдалась полиморфная пятнистая сыпь.

Картина крови характеризовалась у большинства больных лейкопенией или нормальным количеством лейкоцитов (таблица 2).

Т а б л и ц а 2

Число лейкоцитов в 1 мм ³	% % больных
3050—4000	3,4
4050—5000	31,4
5050—6000	24,5
6050—8000	28,7
8050—10000	12

В лейкоцитарной формуле крови обращали на себя внимание эозинопения, лимфоцитоз и моноцитоз, что видно из таблицы 3.

Т а б л и ц а 3

Изменения лейкоцитарной формулы крови	% % больных
Сдвиг влево	12,5
Эозинопения	72,2
Лимфоцитоз	30,6
Моноцитоз	41
Нейтропения	6,3

Реакция оседания эритроцитов характеризовалась нормальными цифрами (до 10 мм за 1 час у 85,8 % больных).

Для лечения гриппа у 55 % больных применялись сульфаниламиды и симптоматические средства, у 25 % — кутизон и у 20 % — пенициллин внутримышечно.

Кутизон нами применялся впервые. В литературе имеются указания, что этот препарат при гриппозной инфекции снижает интоксикацию и укорачивает лихорадочный период. В результате наблюдений у нас сложилось мнение, что кутизон в сравнении с другими лечебными средствами преимуществ не имеет. Средняя продолжительность лихорадочного пе-

риода при лечении кутизоном 1,7 дня, при даче сульфаниламидов и симптоматических средств — 1,6 дня, а при внутримышечном введении пенициллина 1,9 дня (пенициллин применялся для лечения наиболее тяжелобольных).

В период гриппозной вспышки, в основном в октябре-ноябре, в стационар, кроме описанных выше больных, поступило 47 человек с осложненным гриппом. Среди осложнений были очаговые пневмонии (40 больных), очаговый нефрит (3 больных), острый катар средних ушей (3 больных) и острый евстахиит (1 больной). Наибольшего внимания, очевидно, заслуживают гриппозные пневмонии, которые во многих случаях, из-за скудности клинических симптомов, без рентгеноскопии распознать оказалось невозможным. Нередко у больного, имевшего довольно типичную картину гриппа, рентгеноскопия обнаруживала мелкоочаговую пневмонию. Среди всех больных гриппом, осложненным пневмонией, жаловались на боль в груди только 15 человек. У 12 больных отсутствовал кашель. Выделение мокроты наблюдалось лишь у 7 больных. Температурная реакция отмечалась разнообразием как по уровню, так и по длительности. Так, например, высокая температура в течение одних суток была у 12 больных, двух — у 10, трех — у 6, четырех — у 4, пяти — у 1, шести — у 4 и свыше шести — у 3. При выслушивании легких влажные хрипы отмечены только у 2, сухие хрипы — у 12 больных. У 23 больных определялось жесткое дыхание. Рентгеноскопически эти пневмонии характеризовались мелкой очаговостью и в некоторых случаях более обширной инфильтрацией на фоне усиленного легочного рисунка при умеренной реакции со стороны корней легких. При исследовании крови у 14 больных был отмечен небольшой лейкоцитоз, у остальных 26 — нормоцитоз или лейкопения. Со стороны лейкоцитарной формулы крови у 7 больных был лимфоцитоз и у 7 — моноцитоз.

В ы в о д ы

1. Во время волны пандемии осенью 1957 года грипп клинически протекал в легкой и среднетяжелой формах.

2. Катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей наблюдались не более чем у 45% больных.

3. Гематологическая картина при наблюдавшейся волне характеризуется лейкопенией и нормоцитозом (почти у 90% больных), а также нормальными показателями РОЭ (у 85,8% больных).

4. Препарат кутизон при гриппе не имеет преимуществ перед другими лечебными средствами.

5. У 7,2% стационарированных по поводу гриппа больных выявлены осложнения в виде пневмонии (6,18%), очагового нефрита (0,46%), острого катара среднего уха (0,46%) и острого евстахиита (0,15%).

Gripi kulu kliinilised iseärasused täiskasvanutel 1957. a. sügisese pandeemiaajal Tallinnas

M. Ovtšinnikov, D. Sotnikov ja T. Rabinkova

Resümee

Tallinnas 1957. a. sügisel esinenud gripipandeemia ajal vaatlesid autorid stationaaris 600 gripihaiget meest 19 kuni 23 aasta vanuses ja 47 tüsistustega haiget, kellel esines pneumoonia (6,18%), koldeline nefriit (0,46%), keskkõrva äge katarr (0,46%) ja äge eustahhiit (0,15%).

Kliiniliselt kulges gripp kerge ja keskmiselt raske vormina. Haigus algas alati ägedalt ja haige kehatemperatuur tõusis enamikul juhtudest järsult, ulatudes 38°

ja kõrgemale ning saavutas maksimumi kahel esimesel haiguspäeval. 4,3 protsendil haigetest esines «kaheküüruga» temperatuurikõver. 98 protsendil haigetest esines üldine nõrkus, 96 protsendil — peavalu, 44,5 protsendil — kuiv köha, 41,3 protsendil — nohu, 36,8 protsendil — lihaste- ja luuvalu, 32 protsendil — külmavärinad, 15,1 protsendil — kurguvalu, 45,1 protsendil — neeluhüperemia ja pehme suulae limaskestast «teralisus».

Vere uurimisel ilmnes haigetel leukopeenia ja normotsütoos (peaaegu 90 protsendil haigetest), samuti normaalne SR (85,5 protsendil haigetest).

Gripi ravimiseks manustati 55 protsendile haigetest sulfaniilamiide ja sümptomaatilisi vahendeid, 20 protsendile penitsilliini lihasesisesi ja 25 protsendile kutsiooni. Viimane preparaat ei omanud eeliseid võrreldes teiste ravivahenditega.

KILPNÄÄRME FUNKTSIOONI MÕJUST KUNSTLIKU HÜPOTERMIA PILDILE

L. Nurmand

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmakoloogia kateedrist, juhataja
professor G. Kingisepp)

Kilpnäärme tähtsust termoregulatsioonis on uurinud paljud autorid. On täheldatud, et türoksiini või kilpnäärmeekstraktide manustamine tõstab katseloomadel oksüdeerumis- ja termoregulatsiooniprotsesse.

Nii näitasid Glaubach ja Pick (9), et türoksiin väldib küülikutel luminaaliga tekitatud temperatuuri langust ning soodustab temperatuuri tõusu pürogeensete ainete toimel. Türoksiin muudab merisea reaktsiooni kokaiinile: temperatuuri languse asemel tekib temperatuuri tõus. Nad näitasid, et türoksiin ei toimi normaalsesse vaid häiritud termoregulatsioonisse, soodustades palavikukalduvust ja analoogiliste mürkide toimet.

Türoksiini toime ründepunkti suhtes on arvamused lahkuminevad. Glaubach (10) järeldab, et türoksiin ergutab mitte ainult hüpotaalamust, vaid ka teisi kaudaalsemaid termoregulatsioonikeskusi. Osa autoreid arvab, et türoksiini hapnikutarvitust tõstev toime on peamiselt perifeerse päritoluga [Riml ja Wolff (15, 16), Adler (3)].

Mansfeld ja Scheff-Pfeifer (12) näitasid, et türoksiin takistab ka soojuse äraandmist.

Kilpnäärme puudumine avaldab samuti mõju termoregulatsioonile. Borchardt (5) näitas, et kilpnäärme eemaldamine põhjustab kehatemperatuuri langust, kusjuures organism siiski säilitab võime reageerida temperatuuri tõusuga soojuspistele või infektsioonidele. Cori (7) täheldas, et kongenitaalse müksödeemiga lastel on häiritud soojusregulatsioon ja nende kehatemperatuur näitab madala välistemperatuuri puhul suuremat langust kui normaalsetel lastel. Türeoidektomeeritud küülikutel langeb kehatemperatuur jahutamisel tugevamalt ja taastub aeglasemalt, või ei taastu üldse. Samasuguseid tulemusi sai ka Pfeiffer (14).

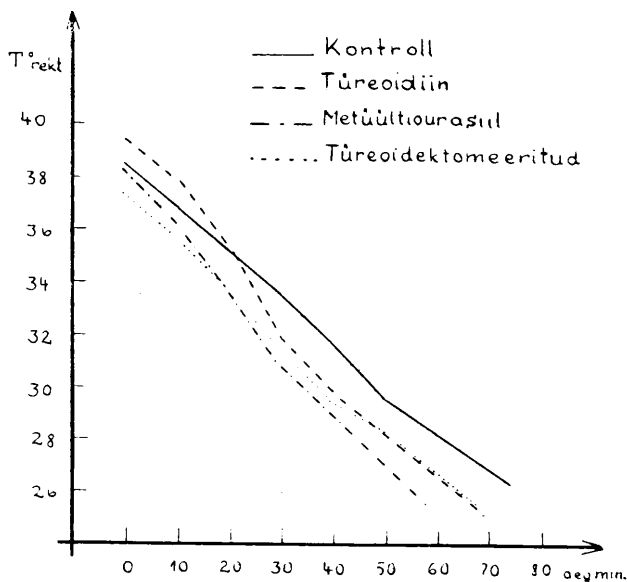
Gergely (8), jahutades türeoidektomeeritud rotte leidis, et nendel hapnikutarvitus jahutamise ajal oli madalam kontrollarvust, samuti kehatemperatuur jahutuse lõpul.

Üldalmainitust selgub, et kilpnääre avaldab olulist mõju termoregulatsioonile, soodustades soojusproduktiooni ja takistades keha jahtumist.

Seoses kunstliku hüpotermia üha laialdasema rakendamisega meditsiinis, osutus vajalikuks uurida kilpnäärme toimet organismi reaktsioonidele füüsikalise jahutamise puhul.

Metoodika. Katsed teostati küülikutel neljas katserühmas: 1. kontrollloomad (arvult 5); 2. metüültiourasiiliga mõjustatud loomad (arvult 6) — küülikuile manustati 15—20 päeva jooksul metüültiourasiili suspensioonina sondiga makku 100—150 mg/kg iga päev; 3. türeoidektomeeritud loomad (arvult 4) — küülikuil eemaldati osaliselt kilpnääre umbes 2 nädalat enne katset; 4. türeoidiiniga mõjustatud loomad (arvult 4). Küülikuile viidi 8 päeva vältel sondiga makku türeoidiinitablette (0,17—0,23% joodisisaldusega) suspensioonina 150—200 mg/kg iga päev; manustamine lõpetati, kui küülikute hapnikutarvitus tõusis üle 150% lähteväärtusest.

Kõikidele katseloomadele manustati enne jahutamist veeni 2,5% pentotaal-naatriumi lahust 25 mg/kg. 10 minutit pärast pentotaali süstimist asetati selili lauale fikseeritud loomad veevanni temperatuuriga 8—9° C. Rektaaltemperatuuri langemisel 26—25° C, võeti loomad veest välja, 20—30 minuti järel asuti soojendamisele 40—43° veevannis.



Joon. 1. Rektaaltemperatuuri langus jahtumise vältel.

Katse jooksul jälgiti küülikutel pidevalt rektaaltemperatuuri, loeti südamefrekvents (auskultatoorselt) ja hingamissagedust, määrati hingamismahtu (spiromeetriga) ning hapnikutarvitust (Krogh-Issekutz'i meetodi abil).

Katse tulemused. Katserühmade keskmine rektaaltemperatuuri langus on toodud kõveratena joonisel 1. Temperatuuri langus on kõige kiirem metüültiourasiilirühma loomadel, sellele järgnevad türeoidiintrühma, türeoidektomeeritud ja kontrollloomad.

Rektaaltemperatuuri tõus soojendamisel on toodud joonisel 2. Siin jagunevad kõverad kahte rühma: kontroll- ja türeoidiintrühm, rektaaltemperatuur hakkab alates soojendamise algusest kohe tõusma, metüültiourasiilirühma ja türeoidektomeeritud loomade rektaaltemperatuur hakkab tõusma alles 10 minuti möödumisel. Türeoidiintrühma rektaaltemperatuur tõuseb võrreldes teistega kõige kiiremini.

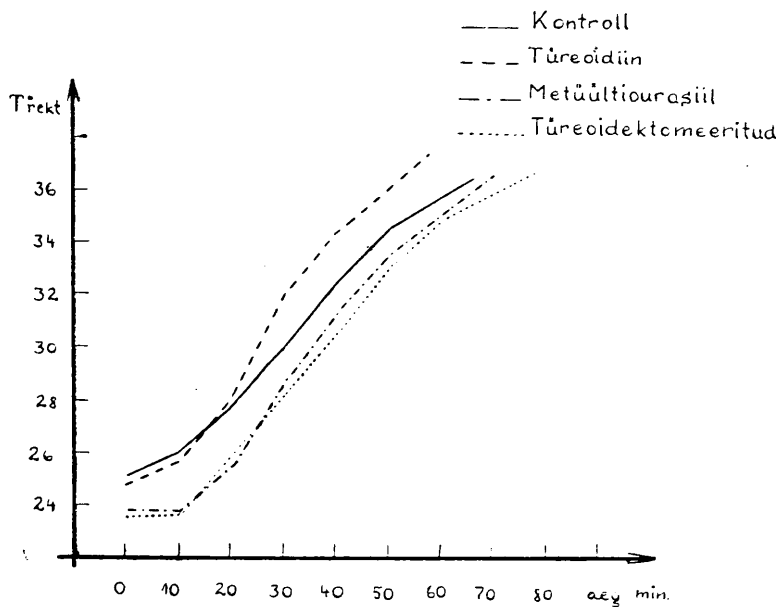
Termoregulatsioonivõime võrdlemiseks jälgiti aegu, millede vältel looma rektaaltemperatuur läbis teatavat temperatuurivahet. Kui vaheks võtta 10° (36—26° jahutamisel ja soojendamisel), siis on vastavad ajad järgmised (tabel 1):

Kõikides katserühmades on jahtumisajad lühemad kui kontrollrühmas. Kui türeoidiin soodustaks soojuse produktsiooni ja samal ajal takistaks soojuse äraandmist, siis peaks jahtumine toimuma kontrollrühmast aeglasemalt. Kontrollrühmast

Katserühm	aeg minutites			relatiivne aeg		
	jaht.	sooj.	suhe	jaht.	sooj.	suhe
Kontroll	61	53	1,15	1,0	1,0	1,0
Türeoidiin	47	38	1,24	0,77	0,72	1,07
Metüültiourasiil	45	44	1,02	0,74	0,83	0,89
Türeoidektomeeritud	53	51	1,10	0,89	0,96	0,93

kiiremat jahtumist saab seletada oletusega, et türeoidiin soodustab ka soojuste äraandmist. Suurenenud soojusproduktiooni türeoidiinrühmas näitab kõrgeenenud lähtetemperatuur, samuti kiirem soojenemisaeg võrreldes jahtumisega, mis väljendub jahtumis-soojenemisaja suhte suurenemises võrreldes kontrolliga (tabel 1).

Kõige enam on vähenenud jahtumisaeg metüültiourasiilrühmas, mis koos madalama lähtetemperatuuriga viitab selle rühma vähenenud soojusproduktioonile. Kontrollrühmast kiiremat soojenemist seletab oletus, et käikulülitatud soojusäraandismehhanismid kõrgema välistemperatuuri juures (42°) avaldavad vastupidist mõju, soodustades organismi soojenemist. Soojusproduktiooni langusele viitab ka jahtumisaaja ja soojenemisaja vahekorra muutmine soojenemise kasuks — suhe on väiksem kontrollist (tabel 1). Sama võib öelda ka türeoidektomeeritud loomade kohta, kuigi muutused on siin tagasihoidlikumad.



Joon. 2. Rektaaltemperatuuri tõus soojendamise vältel.

Rektaaltemperatuuri muutmise kiirused üksikute astmetel on toodud joonisel 3. Keha jahtumise resp. soojenemise kiirus on väljendatud kraadiminutites. Kõverate näeme, et erinevused katserühmade ja kontrollrühma vahel on välja kujunenud ainult jahtumise algul, rektaaltemperatuurini 31° . Seejuures jahtumise kiirus on algul kontrollrühmast suurem, vaatamata sellele kas kilpnäärme tegevus on soodustatud või pärsitud.

Soojendamise puhul esineb suurem kõverate hajumine, seejuures kõige kiirem on türeoidiinrühma soojenemine.

Südamesageduse lähteväärtused erinevad üksikutes katserühmades. Tulemuste paremaks võrdlemiseks arvestati südamesagedused katse vältel protsentides, võttes aluseks kontrollrühma lähteväärtuse. Vastavalt sellele oleks türeoidiinrühma lähteväärtus 113%, metüültiourasiilrühmal 95% ja türeoidektomeeritud rühmal 65%. Südamesageduse muutumine seoses rektaaltemperatuuriga on toodud joonisel 4. Esialgne kõverate tõus on tingitud pentotaalnaatriumi toimest.

Kõveratest näeme, et kui türeoidiiniga mõjustatud küülikul esineb normaalse temperatuuri juures tahhükardia, siis rektaaltemperatuuri langeses see nähtus kaob ja tekib vähesel määral isegi bradükardia. Samasugust pilti pakub ka soojendamiskõver: alates 32° kujuneb uuesti välja tahhükardia. Metüültiourasiilrühmal ligineb südamesagedus türeoidektomeeritud kõverale, kulgedes sellega rööbiti tunduvalt madalamal kontrollrühmast ja türeoidiinrühmast. Madalamate rektaaltemperatuuride juures vahe üksikute katserühmade kõverate vahel kahaneb kuni kõverad ühtivad 25° piires. Soojendamisel on pilt analoogiline.

Hüpötüreosiga esilekutsutud bradükardia püsib ka madalamate rektaaltemperatuuride juures, kuigi 25 – 26° rektaaltemperatuuri puhul see muutub suhteliseks tahhükardiaks.

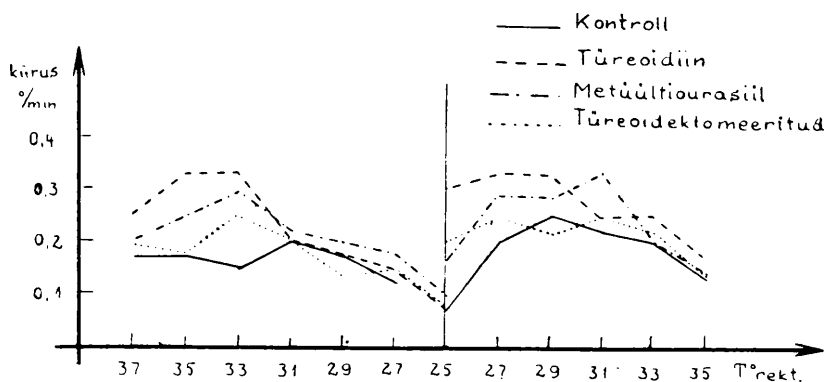
Rektaaltemperatuurist sõltuva hingamismahu dünaamika on toodud joonisel 5. Hingamismahu väärtused on väljendatud protsentides lähteväärtusest enne narkootikumide manustamist.

Kõverate kulus on teatav analoogia: pärast esialgset narkootikumi toimel põhjustatud depressiooni tõuseb hingamismaht kõikides katserühmades üle lähteväärtuse; saavutanud kulminatsiooni, kõver langeb uuesti.

Kõverast nähtub, et hingamismahu maksimum kontroll- ja türeoidiintrühmas on ca 34° juures. Metüültiourasiil- ja türeoidektomeeritute rühmas saavutab hingamismaht maksimaalsed väärtused 2 kraadi madalama rektaaltemperatuuri juures. Sel ajal, kui kontroll- ja türeoidiintrühmas hingamismaht hakkab langema, tõuseb see veel metüültiourasiil- ja türeoidektomeeritute rühmas.

Hingamismahu tõusu jahutamise algul on kirjeldanud paljud autorid [Grosse-Brockhoff (11), Varman, Kusnetsova (1), Bigelow (4), Penrod (13)]. Eriti tugev hingamismahu tõus esineb juhul, kui jahutamine toimub ilma narkoosita või pinnalise narkoosiga. Gross-Brockhoff seletas seda hingamiskeskuse erutatavuse tõusuga külma toimel. Kehatemperatuuri langesed väheneb ka hingamiskeskuse erutatavus.

Seostades hingamismahu vähenemist hingamiskeskuse erutatavuse langemisega, võib öelda, et kui hüpertüreootilisel küülikul hingamiskeskuse erutatavus on sama sugune nagu kontrollrühmas, siis esineb hüpötüreooosi puhul hingamiskeskuse üli-erutatavus, eriti madalamate kehatemperatuuride juures. Sama näitab hingamismahu dünaamika katselooma soojendamise vältel. Hüpötüreootiliste loomade hingamismaht madalamate rektaaltemperatuuride juures on kõrgem ning tõuseb varem



Joon. 3. Rektaaltemperatuuri muutumise kiirus jahtumisel ja soojendamisel.

üle lähteväärtuse kui kontroll- ja hüpertüreootilistel loomadel. Selline tõus ei püsi kuigi kaua ja 31–34° piires langeb hingamismaht jälle lähteväärtuseni ning rektaaltemperatuuri tõustes allapoole seda. Näib, et kõrgema rektaaltemperatuuri juures, kus kontroll- ja türeoidiintrühma hingamiskeskuse funktsioon enamvähem normaliseerub, tekib hüpötüreootilistel loomadel hingamiskeskuse pärssimine.

Rektaaltemperatuurist sõltuv hingamissageduse dünaamika on toodud joonisel 6. Väärtused on väljendatud protsentides lähteväärtustest. Kontroll- ja hüpötüreootiliste rühmade hingamissageduse kõverad sarnanevad üldjoontes hingamismahu kõveratele. Kui mahu väärtused ületavad tunduvalt lähteväärtuse, siis sageduse väärtused, mis on algul madalad, oletatavasti narkootikumi toime tõttu, ei tõuse jahutuse vältel lähteväärtuseni, vaid hakkavad juba varem kahanema. Kõverast nähtub, et hingamismahu tõus antud katserühmades toimub peamiselt üksiku hingamiskeskursiooni süvendamise arvel.

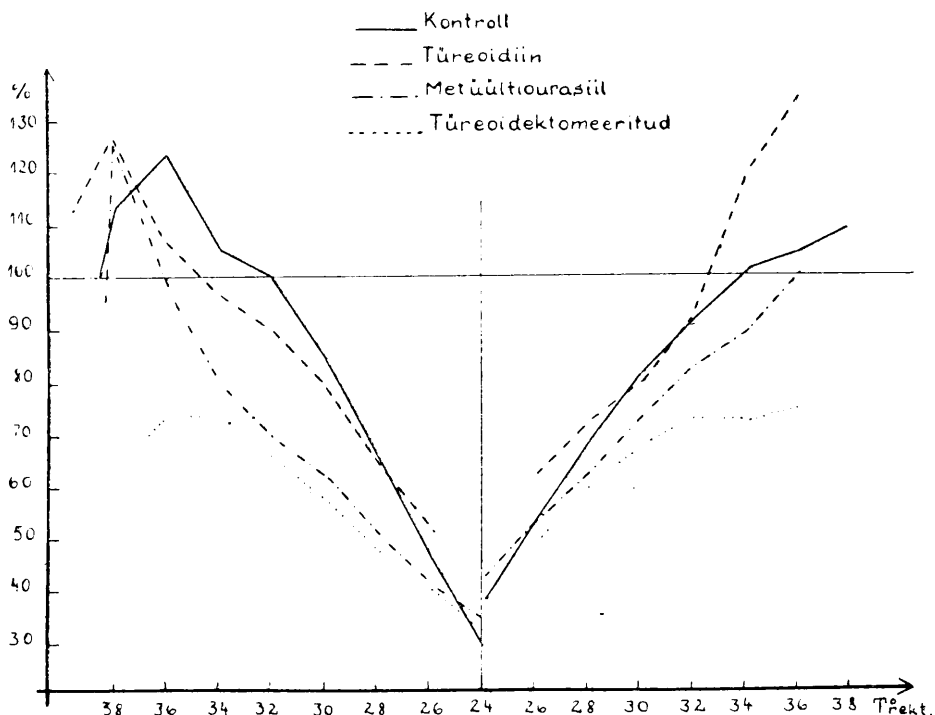
Türeoidiinloomade hingamissagedus on erinev: algul tõuseb deprimeeritud hingamissagedus 38° rektaaltemperatuuri juures järsult, pärast seda hakkab see progressiivselt langema. Türeoidiini puhul ei ole hingamissageduse muutused mingil juhul paralleelsed mahu muutustele, vaid on vastupidised: sel ajal kui hingamismaht tõuseb, hingamissagedus juba kahaneb. Soojendamise vältel türeoidiini hingamissageduse kõver näitab sujuvat tõusu, samal ajal kui mahu väärtustes esinevad tunded kõikumised.

Hapnikutarvitus türeoidiintrühma loomadel oli katse algul suurenenud 158% võrreldes kontrollrühmaga, türeoidektomeeritud loomadel aga langenud keskmiselt 64%-le. Metüültiourasiilrühma loomade hapniku keskmine tarvitus moodustas kontrollloomade suhtes 107%, mis on arvatavasti tingitud sesoonilistest muutustest küüliku ainevahetuses. Teatavasti allub küüliku ainevahetus sesoonilistele muutustele [Riml, Wolff (15)]: hapnikutarvitus minimaalne on novembris, varakevadel esineb ainevahetuse tõus, suve algul jällegi langus, maksimumi saavutab hapnikutarvitus juulis. Kontrollkatsed teostati hapnikutarvitus languse perioodis. Metüültiourasiili manustamine toimus varakevadel.

Hapnikutarvitus muutused on toodud joonisel 7. Väärtused on antud protsentides katserühma keskmistest lähteväärtustest.

Nagu joonisest nähtub, kulgeb türeoidiinrühma kõver kogu katse vältel tunduvalt madalamal kui kontrollrühmas. Metüültiourasiili ja türeoidektomeeritud rühmade kõverad näitavad seevastu kontrollist kõrgemaid väärtusi, eriti madalamate rektaaltemperatuuride puhul. Sellest võib järeldada, et hüpötüreoidsed küülikud reageerivad jahutamisele suhteliselt tugevama ainevahetuse tõusuga ning kõrgenenud ainevahetus püsib neil madalamatel rektaaltemperatuuridel ka kontrollrühmas. Hüpertüreootilised küülikud reageerivad jahutusele kohe hapnikutarvituse vähenemisega.

Hapnikutarvituse suurenemist jahutamisel on täheldanud mitu autorit [Grosse-Brockhoff (11), Bigelow (4), Churchill-Davidson (6), Starkov jt. (2)]. Hapnikutarvituse tõusu seostatakse külmavärinate ja tõrjeliigutuste esinemisega. Kui külmavärinaid välja lülitada narkoosi süvendamisega või kurariseerimisega, siis hapnikutarvitus esialgu ei tõuse ning hakkab paralleelselt temperatuuriga langema.



Joon. 4. Südamesageduse dünaamika jahutamisel ja soojendamisel.

Meie ei pööranud oma katsetes tähelepanu külmavärinate täielikule likvideerimisele. Külmavärinad ja tõrjeliigutused kestsid jahutamisel keskmiselt 29,5–25,8°, kusjuures kõige intensiivsemad olid külmavärinad türeoidiin- ja metüültiourasiilrühmas, kuid peaaegu puudusid türeoidektomeeritud loomadel.

Märkimist väärib asjaolu, et türeoidiinrühmas langeb hapnikutarvitus vaatamata tugevatele tõrjeliigutustele ja külmavärinatele, türeoidektomeeritudel tõuseb vastupidiselt hapnikutarvitus olenemata minimaalsetest külmavärinatest.

Kõveratest nähtub, et hapnikutarvitus saavutab maksimumi kontroll- ja türeoidiinrühmas 32° ja türeoidektomeeritute ning metüültiourasiilrühmas 30° rektaaltemperatuuri juures. Selline rühmade jaotumine ning temperatuuride väärtused meenutavad hingamismahu kõveraid.

Üldiselt võib täheldada, et hapnikutarvituse tõus kõigis katserühmades on suhteliselt madalam kui hingamismahu tõus.

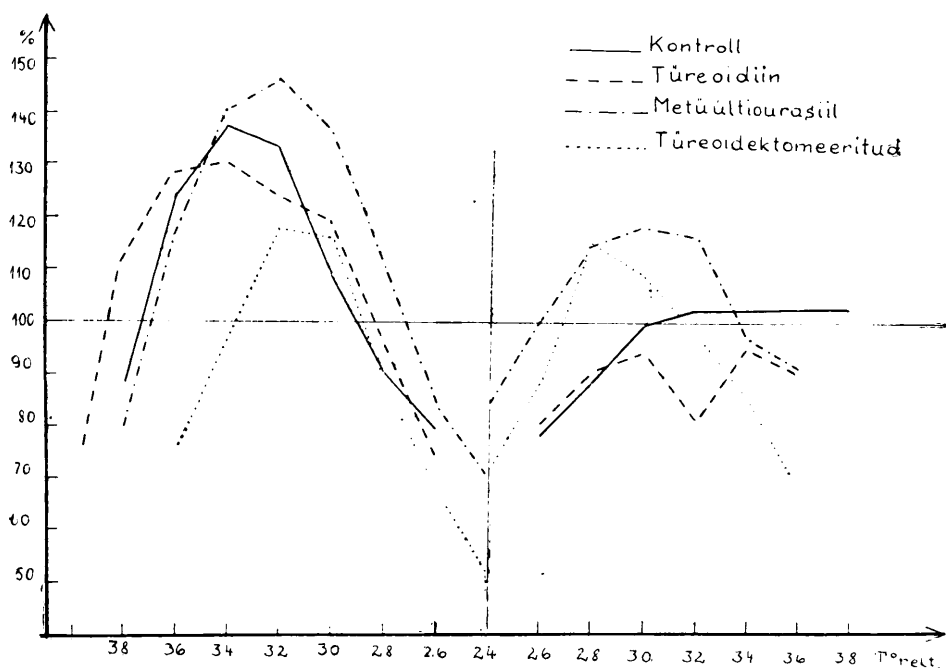
Hüpothermia teostamisel on oluline kudede küllaldase hapnikuvarustuse küsimus. Seda on põhjalikult uurinud Bigelow (4), kes leidis, et kehatemperatuuri langemisega kaasneb vere hapnikuküllastuse lineaarne vähenemine. Normaalse arteriaalse vere hapnikuga küllastumine püsib ainult kunstliku hingamisega või hapniku inhalatsiooniga. Et jälgida, kas on tegemist mingi hapnikudefitsiidiga kudedes, võrdles Bigelow hapnikutarvituse väärtusi soojendamise ja jahutamise vältel samal temperatuurastmel. Ta leidis, et kui on täidetud ülalmainitud tingimused, mingit hapnikudefitsiiti ei esine.

Jälgides samast aspektist meie kõveraid, võib öelda, et kuigi ei teostatud kunstlikku hingamist, on hapnikutarvituse väärtused soojendamisel madalamad kui väärtused jahutamisel samadel temperatuuriastmetel, mis näitab, et kudedes hapnikudefitsiiti ei ole (Bigelow). Erandi moodustab türeoidektomeeritute rühm, kus soojendamisel alates 31° rektaaltemperatuurist organism tarvitab rohkem hapnikku kui jahutamisel sama temperatuuri juures.

Et näidata, kuivõrd ventilatsiooni suurenemine katab kudede hapnikutarvitust, on joonisel 8 toodud hapnikutarvituse ja hingamismahu suhted eri temperatuuride juures. Need väärtused näitavad kui palju hapnikku tarvitavad koed kindlast sissehingatud õhukogusest võrreldes lähteandmetega.

Kui oletada, et normaalses olukorras sissehingatava õhu kogus vastab täielikult organismi vajadustele, s. t. kindlale hapnikuhulgale, siis peab suhe

$$\frac{\text{tarvitatud hapniku hulk minutis (100\%)}}{\text{hingamismaht minutis (100\%)}} = 1,0$$



Joon. 5. Hingamismahu dünaamika jahtumisel ja soojendamisel.

peegeldama normaalolukorda hingamismahu ja hapnikutarvituse vahel. Kui katse vältel organismi hapnikutarvitus tõuseb või hingamismaht langeb, siis suhe suureneb üle 1,0, mis näitab, et esineb relatiivne hüpoventilatsioon — organism peab vajaduste rahuldamiseks siduma rohkem hapnikku ja vastupidi — suhte vähenemine alla 1,0 viitab relatiivsele hüperventilatsioonile.

Lähtudes nendest kaalutlustest on antud suhtearvu võimalik kasutada ligikaudse pildi saamiseks hingamise vastavusest kudede hapnikutarvitusele, kuigi see ei iseloomusta kudede tegelikku hapnikuga varustatust.

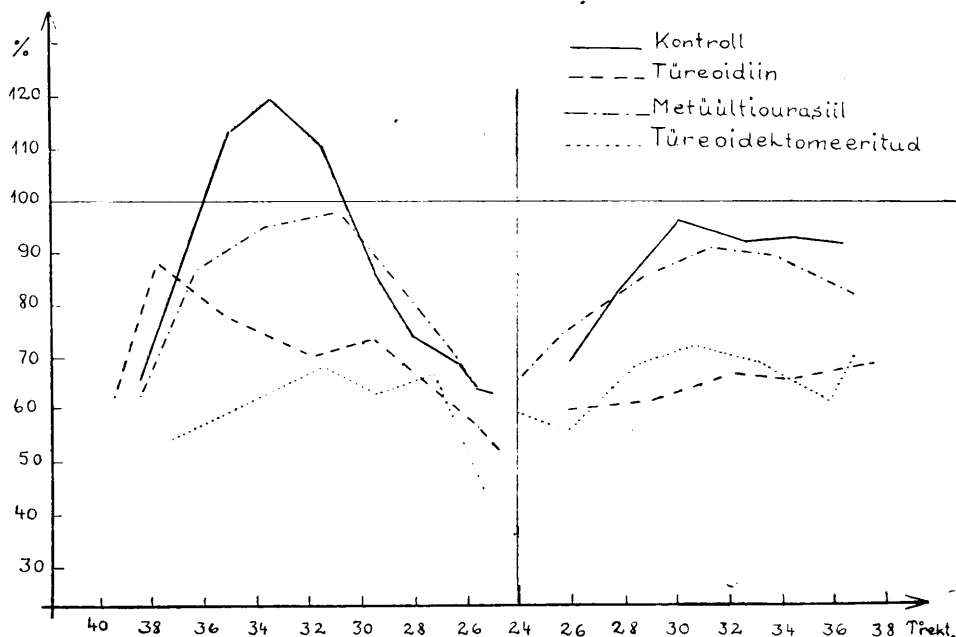
Joonisel 8 näeme, et esialgu seob organism kontrollrühmas sissehingatavast õhust rohkem hapnikku kui normaalselt — hingamiskeskuse depressioon narkootikumide toimel. Edasi langeb kõver alla 1,0, s. o. organism seob sissehingatavast õhust vähem hapnikku kui normaalselt, vaatamata sellele et kudede hapnikutarvitus on tõusnud seoses suurenenud lihastetöoga. Temperatuuri langedes alla 27° tõuseb kõver üle 1,0, mis näitab, et ventilatsioon langeb niivõrd, et organism hakkab õhust siduma rohkem hapnikku kui varem. Selline olukord soodustab hapnikudefitsiidi tekkimist kudedes.

Soojendamisel on pilt analoogiline. Rektaaltemperatuuri tõustes üle 26,3° asendub relatiivne hüpoventilatsioon hüperventilatsiooniga, mis püsib kogu soojendamise vältel.

Umbes samasugust pilti näeme ka metüülütiourasiilrühmas, ainult suhtelise hüperventilatsiooni kestus on lühem 36,4—28,6°. Pärast seda kõver tõuseb järsult, millest võib järeldada, et madalamate temperatuuride juures hingamiskeskuse pärssimine saabub enne ainevahetuse pärssimist. Soojendamisel kulgeb kõver rõõbiti kontrollrühma kõveraga.

Türeoidektomeeritute rühma kõver kulgeb üldiselt kõrgemal eelmistest. Suhtelise hüperventilatsiooni periood on sellel rühmal veel lühem ($35,4-31,4^{\circ}$), järgneb tugev kõvera tõus. Soojendamisel esineb hüperventilatsioon ainult $26,4-30,3^{\circ}$ juures, pärast seda tekib suhteline hüpoventilatsioon.

Analüüsides neid tulemusi näeme, et loomadel pärsitud kilpnäärme-tegevusega on hingamise regulatsioon halvem kui kontroll-loomadel. Ventilatsioon madalamate rektaaltemperatuuride juures ei suuda sammu pidada hapnikutarvitusega. Sellest võib oletada, et vaatamata kahanenud ainevahetusele võib hüpötüreoidismi puhul esineda sügavamas hüpotermias hapnikudefitsiit kudedes. Soojendamise ajal defitsiit süveneb ning ei kao isegi normaalse temperatuuri saavutamisel.



Joon. 6. Hingamissageduse dünaamika jahtumisel ja soojendamisel.

Türeoidiintrühma kõver näitab erinevat kulgu. Juba katse algul tekib suhteline hüperventilatsioon, mis kestab peaaegu kogu jahutamise aja jooksul (rektaaltemperatuurini 26°). Soojendamisel püsib kõver samuti alla 1,0, viidates sellele, et hingamine on küllaldane kudede hapnikuga varustamiseks.

Järelikult näib, et vaatamata tõusnud ainevahetusele hüpertüreoidne organism suudab hüpotermias varustada kudesid vajaliku hapnikuhulgaga hingamismahu suurendamise arvel.

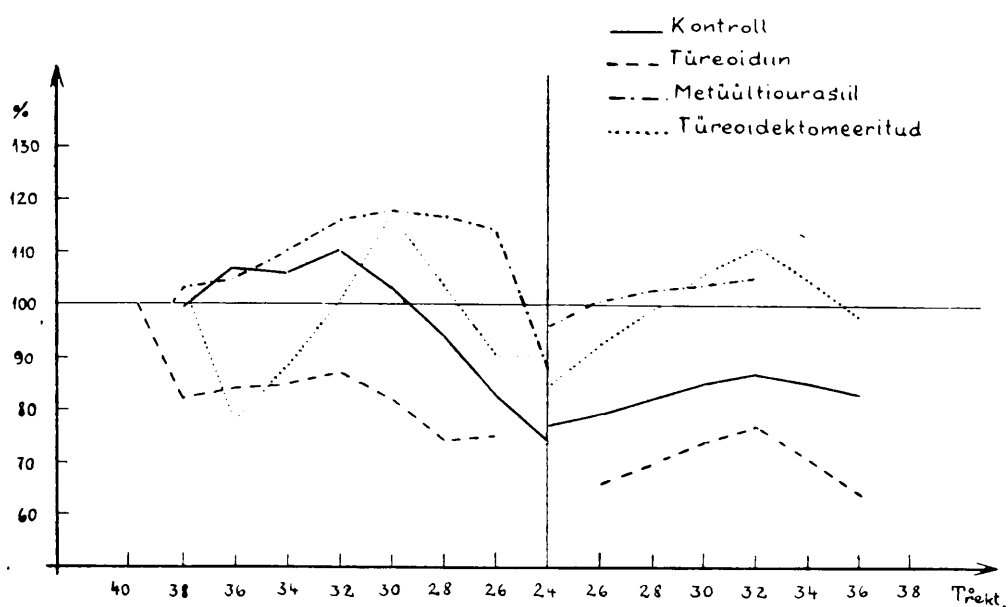
J ä r e l d u s e d

1. Kilpnäärme funktsionaalse seisundi muutumine omab tähtsust kunstliku hüpotermia pildi väljakujunemisel. Mõlemad, nii hüper- kui ka hüpötüreoidism soodustavad keha jahtumist, kuid külma toimele tekitavad organismi funktsioonides — peamiselt hingamisregulatsioonis — häired, mis on tugevamad hüpötüreoidismi korral ja võivad viia kudede kahjustusele hapnikuvastuse puudulikkuse tõttu.

2. Kilpnääre avaldab toimet organismi mõnedesse funktsioonidesse ainult kõrgemate kehatemperatuuride juures.

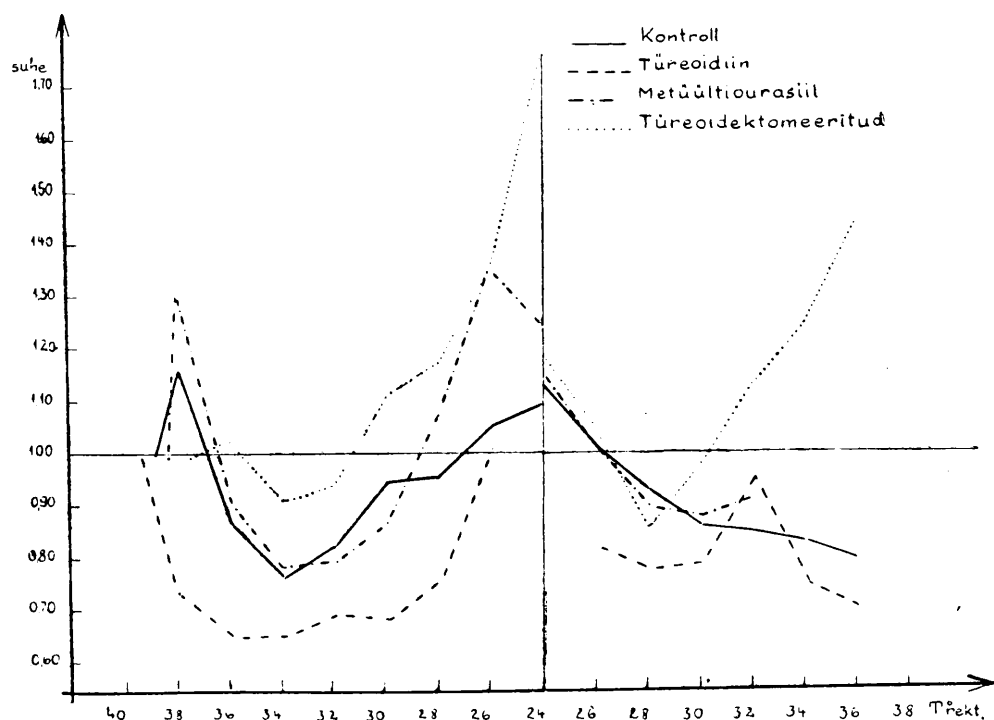
3. Organismi jahtumiskiirust mõjustab kilpnääre kuni 31° -ni, seejuures nii hüper- kui hüpötüreoidism kiirendavad mõlemad jahtumist. Temperatuuridel alla 31° katserühmade jahtumiskiirused ei erine kontroll-

rühma omadest. Kiirenenud jahtumine türeoidiini puhul on arvatavasti tingitud suurenenud soojuse äraandmisest.



Joon. 7.

4. Kilpnääre avaldab mõju südamegevusele peamiselt kõrgemate kehatemperatuuride juures. Madalamate temperatuuride puhul vahe hüpo- ja hüpertüreootilise seisundi vahel väheneb. Hüpertüreoidismist põhjustatud tahhükardia esineb ainult kõrgemate kehatemperatuuride juures, jahutamise vältel tekib isegi suhteline bradükardia. Soojendamisi-



Joon. 8. Hapniku tarvitamise ja hingamismahu suhe jahtumisel ja soojendamisel.

sel kujuneb tahhükardia uuesti alates 32° rektaaltemperatuurist. Hüpotüreoidismist tingitud bradükardia püsib 26—25° rektaaltemperatuurini.

5. Organismi hapnikutarvitus on madalamate kehatemperatuuride juures hüpotüreooosi korral suhteliselt kõrgem võrreldes kontrollrühmaga. Hüpertüreootilisel organismil on jahtumise vältel vaatamata tekkivatele külmavärinatele ja tõrjeliigutustele hapnikutarvitus suhteliselt madalam kontrollrühma omast.

6. Võib oletada, et hingamiskeskus on hüpotüreootilistel loomadel madalamate rektaaltemperatuuride juures ülierutatud seisundis. Vaatamata sellele ei suuda see tagada organismi küllaldast varustamist hapnikuga ning seoses hingamiskeskuse pärssimisega soojendamisel kujuneb välja hapnikudefitsiit kudedes. Hüpertüreootilise organismi hingamiskeskuse erutuvus sarnaneb üldjoontes kontrollrühmaga, hingamine suudab jahutamise vältel kompenseerida hapnikutarvitust nii, et soojendamisel ei teki kudedes märgatavat hapnikudefitsiiti. Võrreldes hüpotüreootiliste loomadega, tekib neil hingamise insufitsientsus madalamate rektaaltemperatuuride juures.

7. Kunstlik hingamine või hapniku inhaleerimine kudede hapnikuvarustuse parandamise eesmärgil näib olevat näidustatud hüpotüreoidisel organismil alates kõrgematest kehatemperatuuridest kui normaalsel ja hüpertüreoidisel organismil.

KIRJANDUS. 1. Варман И. Г., Кузнецова З. П. и др. VII всесоюзный съезд физиологов, биохимиков и фармакологов. Тезисы докладов. 1947, стр. 633. — 2. Старков, П. М., Жеребченко П. Г., Крылов Н. В., Карнович О. А. VIII всесоюзный съезд физиологов, биохимиков и фармакологов. Тезисы докладов 1949, стр. 586. — 3. Adler, L. Arch. exp. Path. Pharm. 1920. 86. 159. — 4. Bigelow, W., Lindsay, W., Harrison, R. Amer. J. Physiol. 1950. 160. 125. — 5. Borchardt, W. Arch. exp. Path. Pharm. 1928. 137. 45. — 6. Churchill-Davidson, H. C., Mc. Millan, K. R., Melrose, D. G., Lynn, R. B., Lancet 1953. 6794. — 7. Cori, G. Arch. exp. Path. Pharm. 1922. 95. 378. — 8. Gergely, J. Arch. exp. Path. Pharm. 1943. 202. 597. — 9. Glaubach, S., Pick, E. P. Arch. exp. Path. Pharm. 1930. 151. 341. — 10. Glaubach, S., Pick, K. P. Arch. exp. Path. Pharm. 1931. 162. 537. — 11. Grosse-Brockhoff, F., Schoedel, W. Arch. exp. Path. Pharm. 1943. 201. 417. — 12. Mansfeld, G., Scheff-Pfeifer, I. Arch. exp. Path. Pharm. 1938. 190. 565. — 13. Penrod, K. E. Amer. J. Physiol. 1951. 164. 79. — 14. Pfeiffer, H. Arch. exp. Path. Pharm. 1923. 98. 253. — 15. Riml, O., Wolff, H. G. Arch. exp. Path. Pharm. 1930. 157. 193. — 16. Riml, O., Wolff, H. G. Arch. exp. Path. Pharm. 1930. 158. 178.

О влиянии функции щитовидной железы на картину искусственной гипотермии

Л. Нурманд

Резюме

Из литературного обзора следует, что щитовидная железа оказывает значительное влияние на процессы терморегуляции. В связи с применением гипотермии в медицине возник вопрос о влиянии щитовидной железы на реакции организма при физическом охлаждении.

Опыты производились на кроликах в 4 группах: 1) контрольная группа, 2) кролики под воздействием метилтиоурацила, 3) кролики с частично удаленной щитовидной железой и 4) кролики под воздействием тиресидина.

Во время опытов определялись: ректальная температура, частота сердцебиения, частота и объем дыхания, потребление кислорода.

За 10 минут до охлаждения кролика погружением в холодную воду (8—9°) животные наркотизировались 2,5% раствором тиопентал-натрия (25 мг/кг внутривенно). Охлаждение продолжалось при падении ректальной температуры до 26—25°, затем животные вынимались из ванны. Спустя 20—30 минут их согревали в 40—43° воде.

Из результатов опытов следует, что гипо- и гипертиреозидизм — оба способствуют падению температуры тела при охлаждении. При этом скорость охлаждения групп кроликов с измененной функцией щитовидной железы отличается от контроля падением ректальной температуры до 31°; ниже этой температуры скорости охлаждения одинаковы. Ускоренное охлаждение гипотиреозных животных зависит от снижения оксидативных процессов и от увеличенной теплоотдачи; гипертиреозных — от увели-

ченной теплоотдачи. При согревании ректальная температура гипотиреозных восстанавливается медленнее, чем у контрольных и гипертиреозных кроликов.

Щитовидная железа оказывает действие на частоту сердечной деятельности только при более высоких ректальных температурах; при углублении гипотермии разница между гипотиреозной брадикардией и гипертиреозной тахикардией сглаживается. Во время охлаждения тахикардия гипертиреозных переходит, по сравнению с контрольной группой, в брадикардию.

Дыхание у гипотиреозных животных при пониженной температуре тела учащено и, несмотря на это, оно не может обеспечить потребности кислорода тканей в гипотермии. Во время согревания возникает в связи с угнетением дыхания кислородный дефицит в тканях. Гипертиреоидные животные компенсируют дыханием лучше повышенную потребность тканей в кислороде и во время согревания у них не возникает заметного кислородного дефицита.

Необходимость применения искусственного дыхания или ингаляции кислорода возникает у гипотиреозного организма при более высоких температурах тела раньше, чем у нормо- и гипертиреозных.

При охлаждении в организме гипотиреоидного животного возникают более выраженные расстройства, которые могут вести к повреждению тканей, вследствие недостаточного кислородного снабжения.

MÕNINGATEST FÜSIOTERAPEUTILISTEST RAVIVÕIMALUSTEST STOMATOLOOGIAS

M. Tõlp ja R. Markovits

(Vabariiklikust Tartu Stomatoloogia-Polikliinikust, peaarst G. Veerma)

Elekterravi on iga aastaga laienenud ja omandanud kindla koha teraapias, kirurgias, neuroloogias, dermatoloogias ning teistel aladel.

Stomatoloogilises praktikas on füsioterapeutiline ravi olnud juhuslik, sest sageli meie arstid-praktikud ei ole tuttavad elektriravi võimalustega.

Ei tunta elektrivoolu füsioloogilist toimet kudedesse, ebaselged on ühe või teise raviviisi valik ja rakendamise viisid eri haiguste puhul.

N. Vvedenski (1) ja tema koolkond samastavad närvi galvaanilist parabioosi ja selle keemilist narkoosi. I. P. Pavlovi (2) õpetus näitab, et kõiki organismis toimuvaid protsesse juhib närvisüsteem. A. Speranski (3) aga märgib, et eranditult kõik haiguslikud protsessid kujutavad endast neurodüstroofiat. Sellest lähtudes koondab ta kõik haiguslikud nähud «trofoneuroosi» nimetuse alla.

A. Višnevski (4) arendas seda õpetust edasi töötades välja teooria närvisüsteemi nn. «nõrkade ärritajate» kasulikust toimest patoloogilistesse protsessidesse.

Elekterraviks kasutatavate voolude (galvaaniline, D'Arsonval jt.) toimet võimegi seletada ülalmainitud teoreetilistest kaalutlustest lähtudes.

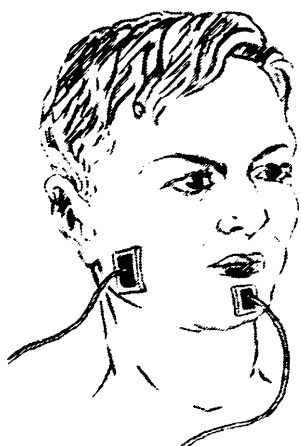
Elektrivoolu kasutamine avab kõige laiemad võimalused närvisüsteemi mõjustamiseks. See omakorda võimaldab aktiivselt mõjustada haiguslikke protsesse.

Vaatleme lähemalt alalisvoolu toimet organismisse. Koe vähenenud funktsiooni puhul tõuseb väikese või keskmise intensiivsusega alalisvoolu toimel katoodi piirkonnas erutuvus, samal ajal aga anoodi piirkonnas erutuvus väheneb. Seda võime praktikas kasutada teatud patoloogilisest protsessist tingitud koeärrituse (näiteks valude) puhul. Huvitav on märkida, et galvaanilise narkoosi võimalus tõestati mitte ainult närvi-lihaspreparaadil, vaid ka looma organismis. N. Vvedenski (1) on kirjeldanud operatsiooni üldise elekternarkoosiga. 1868. a. enne elekternarkoosi kirjeldamist ja selle füsioloogilise mehhanismi selgitamist, eemaldasid stomatoloogid hambaid valutult alalisvoolu abil. Alalisvoolu mõjul tõuseb kudedes ainevahetus, (läämastiku-ainevahetus katoodil ja süsivesikute ainevahetus anoodil) ning muutub koe aktiivne reaktsioon. Sellega on seleta-

tav voolu toime põletikuliste protsesside likvideerimisel regeneratsiooni kiirendamisel, armkoe pehmemdamisel ja selle imendumisele kaasaaitamisel. Praktiliselt on tähtis, et raviefekti saavutamiseks on veel vähe galvaanilise voolu toime tundmisest, oluline on ka lülituse valik ühel või teisel juhul. Näiteks: soovides toimida teatud närvi tüvedesse, tuleb elektroode paigutada piki innervatsiooniala nn. pikilülitus (joonis 1). Ristlülitus on aga näidustatud sügavamate haigusprotsesside puhul, näiteks näopiirkonna infiltraatide, armide ja lõualuu osteomüeliidi ravimisel (joonis 2).

Stabiilse galvanisatsiooni seansside arv on vastavalt näidustusele (20—30).

Näonärvi pareeside ja paralüüside puhul on galvanisatsioon näidustatud. Selleks asetatakse 200—400 sm² suurune elektrood rinnaku või õla- varre piirkonda.



Joonis 1.



Joonis 2.

Aktiivne elektrood on meditsiinitöötaja käes, kes asetab selle vastava närvi poolt innerveeritavate lihaste piirkonda. Aktiivne elektrood ühendatakse harilikult katoodiga. Voolu tugevust reguleeritakse kuni nähtava lihaskontraktsiooni ilmuniseni. Katkestatud galvanisatsiooni kasutatakse vahelduvalt stabiilsega (üks päev katkestatud —teine päev stabiilne galvanisatsioon).

Ionogalvanisatsioon ehk ionoforees on ravimi ionide viimine nahasisese alalisvoolu (galvanisatsiooni) abil.

Avaldatakse kahtlust ionide nahasisese viimise võimalusest ja ravi-efekt seostatakse ainuüksi galvaanilise voolu toimega või isegi peamiselt ainult psüühilise toimega.

Alljärgnevalt toodud katsed selgitavad selle väite ebaõigsust. Teostades ionogalvanisatsiooni 5-protsendilise joodkaaliumiga, võime 30—45 minuti järel katsealuse süljes 1-protsendilise tärklise lahuse abil leida joodi (sinine värvus tekib anoodil).

Naha alla viidud liitium eritub 1—24 tunni jooksul, galvaanilise voolu abil naha alla viidud liitium hakkab erituma alles pärast 24 tunni möödumist. Eritumine kestab 4 päeva [L. Rubin (5)].

Analoogilised tagajärjed on saadud ka katsetel teiste ionidega. Võib arvata, et ionogalvanisatsiooni teel organismi viidud ionide aeglane eritumine on seotud nahasisese ionidedepoo tekkimisega [L. Rubin (5), M. Anikin (6)]. Mainitud asjaolu näitavad ka N. B. Poznanskaja (7) katsed adrenaliini ionogalvanisatsiooniga. Teatavasti laguneb adrenaliin veres

ja kudedes kiiresti. Ionogalvanisatsiooni teel nahasisesi viiduna aga säilib ta mitme päeva vältel naha ülemistes kihtides. See on kergesti tõestatav tekkiva adrenaliinreaktsiooni abil (anoodi korduva nahale asetamisega).

Ioonide peamiseks sissetungiteeks on nahanäärmete viimajuhad, mis on tõestatav värvainete ionogalvanisatsiooni abil. Mõningaid ioone võib aga leida ka epidermaalseis rakkudes (kokaiin). Ioonidest astub osa keemilisse ühendusse koe elementidega, teine osa difundeerub, sattudes vere- ja lümfiringesse ning kantakse kehas laiali.

Kokkuvõttes on ioonidel organismi viiduna nii lokaalne kui ka üldine toime. Tuleb arvestada asjaolu, et mitte kõikide elementide ioonid ei toimi ühesuguselt.

Osa ioonide toime on peamiselt lokaalne (kokaiin, tallium), teistel üldine (Na, Ca).

Ionogalvanisatsioonitehnika ja -metoodika erinevus võrreldes galvanisatsioonitehnika on väike. Oluline on nn. parasiitlike ioonide vältimine. Seda saavutatakse lahuste valmistamisel destilleeritud veega ja elektroodideks kasutatavate lappide eraldamisel ning keetmisel (iga ravimi jaoks eraldi lapid, kraed jne.). Kui seda teostada ei saa, asetatakse lappide-elektroodide vahele kolme- kuni neljakordne marli, mida niisutatakse vastava ravimiga.

Ravimilahuste kontsentratsiooniküsimust on uuritud, kuid päris kindlat seisukohta pole veel saadud.

N. Poznanskaja (7) arvates on toime tugevdamiseks oluline suurendada aine kontsentratsiooni (näiteks 5- kuni 10-protsendilised novokaiinilahused). L. Rubin (5) ja M. Anikin (6) arvavad, et 0,5- kuni 2-protsendilistest lahustest piisab raviefekti saavutamiseks.

Põhimõtteks on, et metalleidid ja happeradikaalid (anioonid) viiakse nahasse katoodilt ja metallid ning alkaloidid (katioonid) anoodilt.

Alalisvoolu kasutatakse viimasel ajal hea eduga antibiootikumide viimiseks nahasisesi (näiteks penitsilliini negatiivselt ja streptomütsiini positiivselt pooluselt).

Üheks seansiks kasutatakse 50 000—100 000 TÜ antibiootikumi 15—20 ml destilleeritud veega.

Organismi viidud ioonide hulk oleneb elektri hulgast, s. o. galvanisatsiooni ajast ja voolu tugevusest. Protseduuride kestus ja intensiivsus oleneb individuaalsest taluvusest.

Millised on ionogalvanisatsiooni kasutamise võimalused stomatoloogias?

L. Rubin (5) soovitab ravida peritsemiite ja mitteparanevaid igeme fistuleid ionogalvanisatsiooni abil. Ravimitest kasutab ta 1) joodkaaliumi küllastatud lahust (ei muutu, et tekita hamba tumenemist); 2) joodilahust küllastatud joodkaaliumis (2—3 tilka joodkaaliumi + 2—3 tilka 10-protsendilist jooditinktuuri) ja 3) 30-protsendilist AgNO₃ lahust. Viimaste lahuste toimel tumenevad hammaste kroonid.

Metoodika: 1. Karioosse õõne põhjalik mehaaniline puhastus. 2. Töödelda kaavumit vesiniku, piirituse ja eetriga. 3. Kaavumisse viiakse hambapintseti abil 1—2 tilka lahust vastava iooniga, siis lahusega immutatud vatikuulike. Elektrood pannakse vati sisse. Passiivne elektrood asetatakse õlavarrele.

Elektrood on 0,4—0,5 mm Ø, 3 mm pikkune hõbedast traat, mis on sulatatud peenikese veekindla isolatsiooniga traadi otsa. Elektrood kinnitatakse vastava poolusega vooluallika külge. Hambaspaatil viiakse vaha (meevaha 40%_n, kampolit 60%_n) hambale, millega suletakse õõs hermeetiliselt. Seega on elektrood fikseeritud ning isoleeritud. Vool lülitatakse sisse aeglaselt, suurendades seda kuni kerge valutundeni hambas. Kui tõsta voolu tugevust üle 3 mA, tekib periapikaalsete kudede põletamise oht. Seanss kestab 20—30 minutit. Seansi lõpul, kui hammas ei kuulu plombeerimisele, suletakse kaavum steriilselt ning hermeetiliselt. Patsient kutsutakse tagasi 2 nädala pärast. Kui hammas ei valuta, siis korratakse ravi ning hammas plombeeritakse. Kui aga hammas valutab, siis tuleb ravi korrata.

Stabiilset galvanisatsiooni ning ionogalvanisatsiooni kasutatakse stomatoloogilises praktikas hea eduga näo armistumiste, akuutsete ja krooniliste põletikuliste protsesside, kolmiknärvivalu, neuriidi, aktinomükoosi ning trismi puhul. L. Rubini (5) andmeil kasutatakse ionogalvanisatsiooni hea eduga hammaste valgendamiseks.

Võime rakendada nii intra- kui ka ekstraoraalset ravi olenevalt soovitatavast efektist.

L. Rubini (5) arvates on galvanisatsioon kõige efektiivsem meetod armide ravimiseks. Vastandades ravi tulemusi jood-ionogalvanisatsiooniga, jõudis ta järeldusele, et ravieffekt ei tulene jood-iooni kasutamisest. Samuti ei saanud ta erinevaid tulemusi polaarsuse muutmisega. Oluline on armide ravis kasutada ristgalvanisatsiooni.

Laialdaselt kasutatakse galvanisatsiooni põletike puhul, kusjuures katood asetatakse patoloogilisele koldele, kasutades ristlülitust. Eriti on galvaaniline vool näidustatud koe regeneratsiooni soodustamiseks. Jood-ionogalvanisatsioon on tulemusrikas *n. facialis*'e kui ka *n. trigeminus*'e harude neuriidi puhul.

Ionogalvanisatsiooni 5- kuni 10-protsendilise joodkaaliumi lahusega on kasutatud aktinomükoosi ravimisel, kus saavutati ravi varajasel raken-damisel täielik paranemine, hilisemas staadiumis aga infiltraadi vähenemine. Kogemused näitavad, et eelnev galvanisatsioon soodustab järgnevat röntgenravi tulemust. Ägedate põletikutunnuste puudumisel on soovitatav galvanisatsiooni kombineerida diatermiaga, mida võib teostada üheaegse diatermo-galvanisatsiooni näol. Hammaste valgendamist teostatakse *NaCl* küllastatud lahuse abil. Metoodika on põhiliselt sama kui periodontiidi ravimisel. Seanss kestab 30 minutit (voolu tugevus on 3—4 mA) korra-takse iga päev kuni efekti saabumiseni. Kirjanduse andmeil kasutatakse hammaste valgendamiseks veel pürasoloon-ionogalvanisatsiooni (25% vesiniku ja eetri lahus).

D a r s o n v a l i s a t s i o o n. Darsonvalisatsiooni toimet loomadesse ja inimestesse on palju uuritud, kuid selle voolu füsioloogiline toime on vähe selgitatud.

Darsonvalivool kujutab endast kõrgsagedusega vahelduvat voolu (100 000—200 000 võnget), mille pinget on 10 000—100 000 volti, kuid tugevus väike (tuhandik osa amperist).

Darsonvalisatsiooni toimemehhanism on seotud voolu otsese toimega nahasse ja limaskesta tunde- ning vegetatiivsete närvide lõpmetesse.

Lokaalne darsonvalisatsioon vähendab naha tundlikkust, tekitades küllaldase kestuse (10 minutit ja rohkem) ning voolu intensiivsuse juures peaaegu täieliku anesteesia. Blokeerides perifeerseid närvilõpmeid katkestab darsonvalisatsioon patoloogiliste impulsside teekonna kesknärvisüsteemi, eemaldab teatud aju osas fikseerunud erutuskolde ja normaliseerib troofilisi protsesse patoloogilises koldes.

Nahaveresooned algul ahenevad, hiljem laienevad kusjuures tekkinud hüpereemia püsib 4 kuni 8 tundi.

A. Tsvetkova (8) katsetas darsonvalisatsiooni konna avatud kõhukelmel ja tõestas hüpereemia teket, leukotsüütide ääreseisundit ning nende tugevat emigratsiooni.

Kliinilised tähelepanekud näitavad darsonvalisatsiooni head toimet valu, sügelemise ja eriti lokaalsete düstroofiliste protsesside puhul (kroonilised halvasti paranevad haavandid, haavad jt.). Pool sajandit darsonvalisatsiooni rakendamist stomatoloogias amfodontoosi puhul on näidanud, et see on tõhusaks kompleksravi osaks. Amfodontoosi nn. kuiva vormi puhul võib piirduda ainuüksi darsonvalisatsiooniga, kui pole just näidustusi teiste raviviiside rakendamiseks.

L. Rubin (5) ja S. Lukomski (9) soovivad esmajoones eemaldada

hambakivi, töödelda igemetaskuid jne. Darsonvalisatsioon kestab 10—15 minutit ühele poolele ülepäeviti. Ravikuur koosneb 30 seansist.

Mädavoolus ei ole vastunäidustuseks. Ägenemise puhul tuleb pidada vahet ja jätkata siis uuesti ravi. Ravikuuride vaheaeg on 3—4 nädalat, kusjuures ravikuure võib korrata 5—6 seanssi.

Papillide tugeva hüpertroofia puhul kasutatakse metallteravikuga elektroodi, mis tekitab igeme servadel koagulatsioonääre. Seda protseduuri võib korrata darsonvalisatsioonkuuri ajal 2—3 korda.

Kuna füsioterapeutilised meetodid on üheks osaks patogeneetilises ravis, eriti patoloogiliste protsesside puhul, kus neurodüstroofilised muutused on esiplaanil, tuleb loota, et neid meetodeid katsetatakse ja rakendatakse igapäevases stomatoloogilises praktikas. Eespoolkäsitletud ravi-meetodite kasutamine avab uusi võimalusi hambaravi tulemuste parandamiseks (valude vähendamine, hammaste säilitamine, kosmeetiline efekt ja võib-olla ka raviaja lühendamine). Kõigeks selleks aga peaks moodustama stomatoloogiliste polikliniikute ning hambaravikabinetide juurde füsioteraapiakabinetid füsioterapeut-stomatoloogi juhtimisel. Samuti oleks vaja tutvustada ettevalmistatavaid stomatolooge spetsiaalse füsioteraapia küsimustega.

KIRJANDUS. 1. Vvedenski, N. E., tsiteeritud: Рубин Л. Р. Физические методы исследования и лечения в стоматологии. Медгиз, 1955, стр. 5, 117. — 2. Павлов, I. P. tsiteeritud: Вишневский А. И. и Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид неспецифической терапии. Медгиз, 1948, стр. 2—3. — 3. Сперанский А. Д. Нервная трофика в теории и практике медицины. Изд. Всесоюз. Инст. Экспер. Мед. Л., 1954, стр. 2—7. — 4. Вишневский А. В. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид неспецифической терапии. М., 1948, стр. 2—5. — 5. Рубин Л. Р. Физические методы исследования и лечения в стоматологии. М., 1955, раздел электролечение. — 6. Анникин М. М. и Варшавер Г. С. Основы физиотерапии. М., 1950, стр. 64—65, 97—99. — 7. Roznanskaja, N. B. tsiteeritud: Рубин Л. Р. Физические методы исследования и лечения в стоматологии. М., 1955, стр. 127, 128. — 8. Tsvetkova, A. E. tsiteeritud: Рубин Л. Р. Физические методы... стр. 142. — 9. Лукомский С. Г. Терапевтическая стоматология, М., стр. 361.

О некоторых возможностях физиотерапевтического лечения в стоматологии

М. Тэल्प и Р. Маркович

Резюме

В повседневной стоматологической практике электротерапия еще не нашла широкого применения. Гальванический ток и дарсонвализация открывают широкие возможности для воздействия на нервную систему. Гальванизация и ионогальванизация показаны при лечении воспалительных процессов лица и челюстей. Хорошие результаты достигаются при лечении рубцов лица. Гальванический ток незаменим при поражениях лицевого и тройничного нервов. Л. Рубин рекомендует лечение перицементитов внутризубной ионогальванизацией. Ионогальванизация йодом эффективна также при незаживающих свищах ротовой полости. Ионогальванизацией хлористого натрия или пирозолона можно пользоваться для беления зубов. Дарсонвализация является эффективным средством в комплексной терапии амфодонтоза. Л. Рубин и С. Луканский рекомендуют до начала курса дарсонвализации удалить зубной камень и обработать десневые карманы.

Так как физиотерапевтические средства являются частью в патогенетическом лечении, особенно тех патологических процессов, где на переднем плане имеются нейродистрофические изменения, можно надеяться, что вышеуказанные методы физиотерапии найдут свое место в повседневной стоматологической практике.

Применение электротерапии открывает новые возможности для улучшения стоматологического обслуживания (уменьшение боли, сохранение зубов, косметический эффект и возможное сокращение сроков лечения).

С этой целью следовало бы организовать физиотерапевтические кабинеты при стоматологических поликлиниках и отделениях под руководством физиотерапевта-стоматолога. Кроме того, необходимо знакомить студентов-стоматологов с теоретическими и практическими вопросами специальной физиотерапии.

VIBRATSIOONIPROBLEEM KUTSETERVISHOIUS

H. Jänes

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. B o g o v s k i)

Kaasaegses tehnikas kasutatakse järjest rohkem vibratsiooni kui tootmistehnoloogia täiustamise ning tööviljakuse suurendamise vahendit. Vibratsioon esineb ka tööstuses ja transpordis, kus sellega puutub kokku hulgaliselt töölisi. See kõik muudab vibratsiooniprobleemi tööhügieeni aktuaalseks küsimuseks.

Vibratsioon «kuulub võnkuvate liikumiste hulka, mille puhul materiaalne keha perioodiliselt teatud ajavahemiku järel läbib ühe ja sama kindla asendi» [J. Ts. Andrejeva-Galanina (1)]. Mitmesugustest võnkumise liikumise vormidest on lihtsaim harmooniliselt võnkuv ehk lihtne perioodiline liikumine. Muud vormid on kujundatud kahe, kolme või rohkema harmoonilise võnkumise liitumise teel. Sellist komplitseeritud liikumist on võimalik analüüsida üksikute lihtsate koostisosade kaudu. Harmoonilist võnkuvat liikumist iseloomustavateks suurusteks on sagedus, amplituud, kiirendus ja energia.

Suure amplituudiga ja madala sagedusega vibratsiooni mõju organismile on seotud üksikute elundite või kogu keha ümberpaigutamisega ruumis ning vestibulaarse aparaadi ärritusega. Väikese amplituudiga ja kõrge sagedusega vibratsioon aga mõjub eelkõige kudedes paiknevatele närvilõppudele.

Teatud füüsikaliste parameetritega iseloomustuv vähese intensiivsusega vibratsioon võib lühiajalisel rakendamisel mõjuda organismi elutegevust soodustavalt. Sellele põhineb vibratsioonravi kasutamine. Kuid teiste füüsikaliste parameetritega suure intensiivsusega pikemat aega vältav vibratsioon võib põhjustada sügavaid muutusi füsioloogilistes protsessides, tekitades püsivaid, sageli ravimatuid patoloogilisi seisundeid.

Tööstusliku vibratsiooni toimet organismisse käsitlevas kirjanduses kasutatakse seni kaht väljendit: «lokaalne vibratsioon» ja «üldine vibratsioon». «Lokaalse vibratsiooni» all mõistetakse võnkumiste levimist teatud kehaosas (tavaliselt ülajäsemes), mis on kontaktis vibreeruva seadmega. Termin «lokaalne vibratsioon» on tingimuslik, sest võnkumine levib kudede kaudu küllaltki kaugemale, kutsudes närvisüsteemi kaudu välja reflektorse vastureaktsiooni. «Üldise vibratsiooni» all mõistetakse kogu keha võnkumist (see ei ole kogu organismi ulatuses ühtlane), mis kaasneb töökoha vibreerimisega, näiteks transpordivahenditel, tööruumides vibreeruvate masinate läheduses ja mujal. Seni on üksikasjalisemalt uuritud lokaalset vibratsiooni.

Esimesed publitseeritud tähelepanekud tööstusliku vibratsiooni kahjulikust mõjust organismile pärinevad XX sajandi algusest (3). Käesoleva ajani on kogunenud ulatuslik faktiline materjal, mis veenvalt näitab, et vibratsiooni toimel võib areneda komplitseeritud patoloogiline protsess, mida nimetatakse vibratsioonitõveks ja iseloomustatakse kui omapärast angiotrofoneuroosi (2).

Vibratsioonitõve olulist osa mõnede töölisrühmade kutsepatoloogias iseloomustab näiteks see, et 70 protsendil lennukitööstuses töötavatest neetijatest, 60 protsendil lihvijatest ning poleerijatest, 30 protsendil raskete pneumaatiliste vasaratega töötajatest jt. on leitud vibratsioonikahjustusi (4).

Väljakujunenud vibratsioonitõbi areneb pikema tööstaaži korral (5—10 või rohkem aastat). Vibratsioonitõve sündroomi kuuluvaid vasomotoorseid häireid võib aga sedastada juba pärast mõnekuist töötamist.

Käesoleval ajal on kindlalt juurdunud arvamus, et vasomotoorsete häirete kui olulisima vibratsioonitõve tunnuse väljakujunemisel etendab peamist osa võnkesagedus. Patoloogilisi muutusi esilekutsuva võnkesageduse alumiseks piiriks peetakse üldiselt 30—35 hertsi [J. Andrejeva-Galanina (1, 4), Gurdjian ning Walker (5) jt.]. Viimasel ajal on aga tähele pandud ka madalama sagedusega vibratsiooni negatiivset toimet (4, 12). Võimalik, et siin on tegemist komplitseeritud spektriga vibratsiooni toimega, mille puhul avaldavad mõju ka madala sagedusega võngete põhiosale lisanduvad märksa kõrgema sagedusega lisavõnked, nn. obertoonsed sagedused. Pneumaatiliste instrumentide puhul tuleb arvestada peale vibratsiooni ka nn. tagasilööki. Kõik need küsimused vajavad aga veel täiendavat uurimist.

Masinaehituses valitseb suund luua võimalikult suure pöörete või löökide arvuga masinaid, et maksimaalselt kiirendada tehnoloogilist protsessi ning tõsta tööviljakust. Seega omab erilist aktuaalsust küsimus organismile ebasoodsa mõjuga võnkesageduse ülemisest piirist. V. Bondina (6), J. Andrejeva-Galanina (7) jt. peavad ülemiseks piiriks 250 hertsi. Kuid on ka viiteid sellele, et vibratsioonitõbi võib kiiresti areneda märksa kõrgemate sageduste (kuni 600 hertsi) korral [Peters (8), Davis (9)].

Seega kutsub vibratsioonitõve sündroomi hulka kuuluvaid nähte esile see osa helispektrist (30—600 hertsi), mille suhtes kõrv on võrdlemisi vähe tundlik.

Teine võnkumist iseloomustav näitaja — võnkeamplituud — on vibratsioonitõve arenemisel vähema tähtsusega ning mõjustab nähtavasti kindla võnkesageduse piirides teatud kindlat tüüpi vasomotoorse reaktsiooni väljakujunemist.

Muudest vibratsiooni iseloomustavatest parameetritest tuleb silmas pidada ka võnkuva liikumise kiirendust, eriti madalate sageduste puhul (1, 10).

Et välistegurid mõjuvad organismile komplekselt, siis tuleb vibratsiooniteguri kõrval arvestada ka teisi töötingimusi iseloomustavaid asjaolusid, nagu töökoha mikrokliimat, töötaja sundasendit, tugevat lihaste pinget jne., mis võivad soodustada vibratsioonitõve arengut. Arusaadavalt on kahjustuste väljakujunemisel oluline osa organismi reaktiivsusel.

Vibratsioonitegurit ja sellega seoses ka vibratsioonitõve kujunemise võimalusi ning selle profülaktika küsimusi on põhjalikumalt uuritud mitmesuguste pneumaatiliste instrumentide juures. Muude instrumentide, samuti ka organismi üldvibratsiooni põhjustavate seadmete võnkumist, eriti aga üldvibratsiooni mõjul arenevaid patoloogilisi muutusi ei ole küllaldaselt uuritud.

Eesti NSV tööstuste tööliste vibratsioonikahjustustele pole seni vajalikku tähelepanu pööratud. Esimesed viited nende esinemise võimalusele põlevkivitööstuses pärinevad A. Chevalier'lt (11) 1955. aastast. Praegu uurivad põlevkivikaevandustes kasutatavate käsielektripuuride vibratsiooni mõjul puurijatel kujunenud patoloogilisi muutusi Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikud töötajad A. Sillam, B. Schamardin ning N. Schamardin. Seni kogutud materjal äratav huvi, sest esialgsed andmed viitavad sellele, et meie põlevkivikaevandustest kasutatavate elektripuuride (peamiselt mark EBR-19D) vibratsioonipõhiosa sagedusega 18—20 hertsi ning amplituudiga 1—9 mm võib esile kutsuda nõrgalt väljakujunenud ja aeglaselt progressseeruvat vibratsioonitõve sündroomi, mille peamisteks joonteks on ülaajäsemete naha troofika ning tundlikkuse häired. Täheledata ka kapillaaride funktsionaalseid muutusi (12, 13). Vabariigi põlevkivikaevanduste puurijatel esineva vibratsioonitõve uurimine jätkub. Neid uurimisi tuleks laiendada ka teistele tööstusharudele, eriti silmas pidades monteeritavaid betoonist ehitusdetalle tootvaid ettevõtteid, kus on võimalik täpsustada üldise vibratsiooni mõju.

Vibratsiooniprobleem on hügieeni seisukohalt omandanud sellise tähtsuse, et NSV Liidu Riiklik Sanitaarinspeksioon kinnitas juba 1955. a. «Ajutised sanitaarsed normatiivid ja eeskirjad elektriliste ning pneumaatiliste vibratsiooninstrumentide vibratsiooni piiramiseks». Lisaks sellele teeb J. Andrejeva-Galanina (4) ettepaneku instrumentide vibratsiooni hindamisel kasutada nn. ohutuskoeffitsienti, mis väljendab antud sagedusele lubatud amplituudi suhet tegelikult instrumendi töötamisel leitud amplituudi. Ohutuskoeffitsient 4—5 või rohkem näitab, et instrumendiga töötamine on ohutu; β kuni 3 osutab vajadusele jälgida töötajate tervislikku seisundit; kui aga $\beta=1$ või on alla selle, tuleb instrument kasutuselt kõrvaldada. 1958. a. esitas A. Volkov (10) avalikule arutelule töökoha üldvibratsiooni käsitlevate normatiivide projekti.

Kõik see viitab tööstuslike seadmete, masinate ning tööriistade vibratsioonirežiimi pideva kontrollimise vajadusele sanitaar-epidemioloogia jaamade poolt. See on seda enam oluline, et tehastest väljalastavate seadmete vibratsioonikarakteristika muutub tunduvalt (ja enamasti hügieeni seisukohalt halvenemise suunas) seoses detailide kulumise ning korduvate remontidega.

Vibratsioonimõõtmise tehnika, selle põhiosa sageduse ning amplituudi väljaselgitamise meetodika on kergesti omandatav. Käesoleval ajal kasutatakse vibratsiooni mõõtmiseks väga mitmesuguseid vahendeid. Kõiki neid võib I. Slavini (14) järgi jaotada kahte suurde rühma: mehaanilised ehk vahetui mõõtmise meetodid ja elektrilised meetodid. Laskumata üksikasjadesse märgime, et viimasel ajal on hügieeni praktikas levima hakanud ja üldiselt positiivse hinnangu saanud [J. A. Agašin (15)] Tartus toodetav vibrograaf VR-1.

Vibratsioonikahjustuste profülaktika peab eelkõige toimuma tehniliste abinõude rakendamise teel uute seadmete vibreerimise ning tagasilöögi nõrgendamiseks. Tuleb aga nõustuda meie tuntuima hügienisti ja vibratsioonispetsialisti J. Andrejeva-Galanina (1) arvamusega, et üksnes sel teel lähemas tulevikus veel vibratsioontõve ohtu ei kõrvaldata. Seejärel tuleb laialdaselt rakendada ka organisatsioonilisi ja tehnilisi üritusi, nagu hästi organiseeritud instrumentide tehniline kontrollimine ja nende õigeaegne ning kvaliteetne remontimine. Iga töölise, kes hakkab tööle vibreerivate instrumentidega, tuleb instrueerida instrumendi käsitsemise ning hooldamise küsimustes. Vibratsiooni mõju vähendavad veel niisugused abinõud, nagu spetsiaalsete hoidjate kasutamine pneumaatilistel neetimisvasaratel, töödeldavate detailide kinnitamine võngete kustumist soodustavate tihendite abil, erimaterjalist mitmekihiliste kinnaste tarvitamine töö ajal jne.

Otstarbekalt tuleb korraldada tööpäeva režiim. Soovitatakse tööpäeva vältel teha kaks 20- kuni 30-minutilist täiendavat vaheaega, mida võib kasutada ravi- ja profülaktikaüritusteks: soojadeks kätevanadeks, massaažiks, spetsiaalseteks käteharjutusteks 5—10 minuti jooksul jne. (2). Kasutades pneumaatilisi instrumente löögisagedusega üle 1200 minutis soovitatakse koguni iga tunni järel 10-minutilist vaheaega (1).

Ravi- ja profülaktikaüritustest tuleb nimetada veel arstlikku kontrolli töötaja tööle võtmisel ja perioodiliselt töö kestel. Tugeva vibratsiooniga seotud tööle ei või lubada inimesi väljakujunenud veresoonekonna, endokriinse süsteemi, vegetatiivse ning perifeerse närvisüsteemi ja lihaste haigustega. Sama kehtib ka väljakujunenud asteenilise või neurootilise seisundiga ning ainevahetuse häiretega inimeste suhtes. Perioodilistel meditsiinilistel läbivaatustel tuleb määrata eriravi ning suunata teisele tööle kõik, kes kaebavad valusid kätes, sõltumata vibratsioontõve objektiivsete sümptomide olemasolust või puudumisest (2). Närvisüsteemi vastupanuvõime tõstmiseks on otstarbekas perioodiliselt manustada B₁ vitamiini suu kaudu.

Vaatamata mõningatele edusammudele vibratsioontõve profülaktika alal seisab ees veel suur töö. Vibratsiooniprobleemi lahendamine kutseteravishoius nõuab insenertehniliste ning meditsiinitöötajate tihedat koostööd.

KIRJANDUS. 1. Андреева-Галанина Е. И., Вибрация и ее значение в гигиене труда. Л., 1956. — 2. Профессиональные болезни. Под ред. А. А. Летавета, П. П. Движкова, Б. И. Марцинского, А. Л. Морозова и Н. П. Разумова, М., 1957. — 3. Loriga, G. tsit. E. T. Andrejeva-Galanina (1) järgi. — 4. Андреева-Галанина Е. И., Гигиена труда и профессиональные заболевания. 3, 3—8, 1958. — 5. Gurdjian, E. S., Walker, L. W. Journal American Medical Assotiation, v. 129, 668—672, 1945. — 6. Бондина В. А., Периферическая сосудистая реакция на местное вибрационное раздражение, Труды Ленинградского Института гигиены труда и профзаболеваний, X, 2, Вибрация на производстве 99—111, 1947. — 7. Андреева-Галанина Е. И., Вибрации пневматических инструментов и их гигиеническое значение. Труды Ленинградского Института гигиены труда и профзаболеваний, X, 2, Вибрация на производстве, 5—74, 1947. — 8. Peters, F. M. Occup. Med. v. 2, p. 55, 1946 — tsit. J. T. Andrejeva-Galanina (4) järgi. — 9. Davis, G., tsit. J. T. Andrejeva-Galanina (4) järgi. — 10. Волков А. М. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 3, 9—15, 1958. — 11. Шевалье А. В., О заболеваниях нервной системы у рабочих шахты «Кява-2». Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР, Сб. 11, 17—189, Таллин, 1955. — 12. Шевалье А. В., Шамардин Б. М., Шамардина Н. А. и Янес Х. Я. О влиянии вибрации электросверла на организм бурильщиков сланцевых шахт. Юбилейная научная сессия Института гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР совместно с институтами гигиены труда союзных республик и кафедрами гигиены труда медицинских институтов посвященная 40-летию Великой октябрьской социалистической революции, Тезисы докладов, часть III, 43—44, М., 1957. — 13. Chevalier, A., Schamardin, B., Schamardin, N. ja Jänes, H. Vibratsioonitõvest. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi VII teadusliku sessiooni ettekannete teesid põlevkivitööstuse kutsehügieeni küsimustes, Kohtla-Järve, 26.—27. detsembril 1957. a., lk. 16 ja 31—32. — 14. Славин И. И., Производственный шум и борьба с ним. Изд. ВЦСПС М., 1955. — 15. Агашин Ю. А., Измерение вибрации шумом ВР-1. Приложение к журналу «Врачебное дело» за 1957 год, 104—105.

ПРОБЛЕМА ВИБРАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ

Х. Янес

Резюме

В связи с широким внедрением в промышленность машин и инструментов, работа которых основана на принципе вибрации, весьма актуальным является разрешение проблемы вибрации.

При определенных параметрах физической характеристики вибрация небольшой интенсивности при кратковременном действии может оказать стимулирующее влияние на жизнедеятельность организма, но при других параметрах физических свойств вибрация может вызвать глубокие нарушения физиологических процессов.

Накопленные до настоящего времени данные указывают на то, что вследствие воздействия вибрации может развиваться сложный патологический процесс — «вибрационная болезнь».

Основным этиологическим фактором вибрационной болезни является частота колебаний, находящаяся в пределах 30—600 герц. Наблюдаемое отрицательное действие на организм более низких частот, по-видимому, связано не только с основными, но и с наложенными (обертонными) колебаниями. Остальные характеризующие вибрацию физические величины и другие моменты внешней среды, хотя и имеют определенное значение, являются лишь второстепенными этиологическими факторами этого заболевания.

Проблема вибрации является актуальной и для гигиенистов Эстонской ССР. Полученные в Институте экспериментальной и клинической медицины Академии наук ЭССР данные показывают, что вибрация применяемых в сланцевых шахтах ручных электросверл может вызвать у бурильщиков резко выраженный и сравнительно медленно прогрессирующий синдром вибрационной болезни. Эти и аналогичные исследования необходимо продолжать в широком масштабе.

Борьба с вредным действием вибрации на производстве должна вестись в 3 направлениях: 1) проведение технических мероприятий конструктивного характера для уменьшения вибрации установок и инструментов; 2) широкое внедрение рациональных организационно-технических мероприятий при работе с вибрационными инструментами; 3) применение лечебно-профилактических мероприятий для предупреждения вибрационных поражений.

VIBRATSIOONTÕVE DIAGNOSTIKAST JA RAVIST

N. Schamardin,

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. B o g o v s k i)

Vibratsioontõbi võib sageli olla organismi tõsiseks haigestumiseks. Vibratsioontõve avastamisele, vältimisele ja ravimisele pööravad arstid seni aga veel vähe tähelepanu.

Vibratsioontõvele on iseloomulik järgmine sümptoomide kompleks:

1. Paresteesiad ja spontaansed valud, mis tekivad eriti öösiti ning esinevad sagedamini labakätel. Ülemiste jäsemete distaalsetes osades esineb kindatüüpi nahatundlikkuse vähenemine või kadumine nõelapistetele. Paralleelselt on vähenenud ka vibratsioonitundlikkus.

2. Vasomotoorsed häired kätel, mis meenutavad Reynaud haigust — kalduvus veresoonte spasimidele (jahedama temperatuuri toimetel sõrmed kahvatuvad perioodiliselt). Võib esineda naha hüpo- või hüpertermia, labakäte turse jne.

3. Sekretoorsed-troofilised häired ülemistel jäsemetel (häired higi-eritamises, hüperkeratoos, liigeste ja luude mitmesugused degeneratiivsed ja produktiivsed muutused, lihaste hüpotoonia ja atroofia).

4. Üldised funktsionaalsed häired, nagu peavalu, uimasus, «pea ringi käimine», sõrmede treemor, vererõhu muutused (hüpo- või hüpertoonia) jne. Naistel võivad tekkida abordid, steriilsus. Mõningate kirjanduslike andmete järgi langeb organismis C- ja B₁-vitamiinide hulk ning esineb leukotsütoos koos suhtelise lümfopeeniaga.

Vibratsioonisündroomis esinevad iseärasused vastavalt vibratsiooni iseloomule. Klopplimismasinate puhul on ülekaalus vasomotoorsed häired. Pneumaatilised instrumendid põhjustavad liigeste muutusi. Leidub andmeid, et vibratsioonisündroom väljendub mõnevõrra nõrgemalt madala sagedusega vibratsiooni puhul.

Eespooltoodud sümptoomide kompleksi põhjustajaks on vibratsioon, mida tekitavad mitmesugused vibreerivad instrumendid. Selliseid instrumente kasutatakse ka mitmetes Eesti NSV tööstusettevõtetes, nagu jalatsitehastes (klopplimismasinad), põlevkivikaevandustes (elektrikäsipuurmasinad) ja paljudes teistes ettevõtetes (pneumaatilised instrumendid). Vibratsioon tekib ka poleerimisel, reifimisel jne. Üldine vibratsioon, kus töötaja kogu keha allub vibratsiooni toimele, esineb betoonitööstuses nn. vibrolaual töötajail ja vähemal määral transporditöölistel.

Vibratsiooni sagedus ja iseloom erinevad vastavalt vibreerivatele instrumentidele. Varem arvati, et tervist kahjustab vaid vibratsioon, mille sagedus on üle 30—35 herti. Käesoleval ajal on aga juba küllalt andmeid, et ka madala sagedusega vibratsioon võib põhjustada tervise häireid ja isegi invaliidsust [V. G. Artamonova (1), A. Chevalier ning kaasautorid (2)]. Seetõttu peavad arstid pöörama tähelepanu kõigile vibreerivate instrumentidega töötajaile. Individuaalse tundlikkuse puhul vibratsioonile võib haigus areneda võrdlemisi lühikese ajaga (mõne kuu või koguni mõne nädala jooksul).

Vibratsioonihaigust nimetatakse kirjanduses angioneuroosiks, vegetatiivseks neuriidiks, vibratsioonitõveks jne. Ka haiguse patogenees ei ole seni selge. Arvatakse, et on tegemist kohalike veresoonte innervatsiooni häiretega [Meyer-Brodnitz ning E. Wollheim (3)], sõrmede arterioolide müoneuraalsete sidemete kahjustusega [E. S. Gurdjian ning L. W. Walker (4)], veresoonte muskulatuuri kahjustusega [E. E. Dart (5)], endarterioosiga [H. Junghans (6)], närvikiu müeliiniga ja Schwanni kesta ruptuuriga [G. de Takats (7)] või rakkude paranekrootiliste muutustega [I. Ševts ning N. G. Kuzmina (8)].

J. Andrejeva-Galanina (9) ja teised nimetavad seda haigust vibratsioontõveks ja käsitavad seda kui organismi üldist haigestumist, kus esinevad tsentraalse närvisüsteemi funktsionaalsed muutused. V. G. Terentjev (10) ja teised autorid tõestasid sel puhul elektroentsefalograafi abil pidurduse olemasolu kesknärvisüsteemis. V. G. Terentjev, uurides vibratsiooni toimet veresoonte tingitud ja tingimatuise refleksidesse, täheldas neis muutusi, mida selgitas ajukoore nõrgenenud tegevusega, faasiliste nähtude arenemisega ja kaitsepidurdusega.

Vibratsioontõve diagnoosimisel tuleb esmalt pöörata tähelepanu kutsealasele anamneesile. Haige uurimisel on vaja selgitada, kas tal esineb kontakt vibratsiooniga, milline on selle iseloom ja kui kaua on see kontakt kestnud. Tuleb selgitada, kas töötajal esineb vibratsioontõvele iseloomulikke kaebusi, nagu käte «suremine», tuimus, sõrmede perioodiline kahvatumine jne. Töötaja läbivaatamisel tuleb jälgida, kas ta käed on tsüanootilised, turses, kas higieritus on suurenenud, kas esineb hüperkeratoosi, küünte ja luude ning liigeste muutusi, lihaste hüpotooniat ja atroofiat. Kui esineb kaebus sõrmede perioodilise kahvatumise kohta, tuleb uuritava käed asetada külma vette ja jälgida selle fenomeni teket. Neuroloogilisel läbivaatusel tuleb eriti pöörata tähelepanu sellele, kas esineb ülemiste jäsemete distaalsetes osades naha tundlikkuse vähenemist või kadumist vibratsioonile ja nõelapistetele ning ülajäsemete perifeerse närvisüsteemi haigusi. Luu-liigese kahjustuste avastamiseks on vaja teha vastavate luude ja liigeste röntgenogramm.

Vibratsioontõve kaugelearenenud juhtude puhul, kui esinevad ka tundlikkuse häired, lihaste atroofia, luude ja liigeste muutused jne., ei valmista haiguse diagnoosimine erilisi raskusi. Seevastu tekib raskusi haiguse alguse diagnoosimisel, kus objektiivne leid võib olla äärmiselt kasin või koguni puududa. Sel puhul võivad diagnoosimist abistada mõned lihtsa meetodikaga ja ka ambulatoorsetes tingimustes läbiviidavad testid, mida kasutasime elektrikäsipuuriga töötajail kudede troofika häirete selgitamiseks.

1. Kublaproov tehakse N. B. McClure ning C. A. Aldrich'i (11) järgi mõlema õlavarre ülemise kolmandiku välisküljel või ka käsivarrel. Nahasisesi viiakse 0,2 ccm füsioloogilist lahust ja määratakse kindlaks selle imendumisaeg — kuni kubla täieliku kadumiseni, mida kontrollitakse nahka palpeerides. Patoloogiliseks loeme imendumisaja lühenemist alla 40 minuti, mis ühtib ka kirjanduse andmetega.

2. Negatiivse rõhu testiks kasutatav aparaat koosneb U-kujulisest elavhõbedamanomeetrist, mis on ühendatud kummivoolikute kaudu 1,8 sm läbimõõduga kupuklaasidega. Öhu hõrenduse tekitamiseks kasutatakse süstlat. Kupuklaaside servi võitakse vaseliiniga ja asetatakse mõlema käsivarre ülemise kolmandiku sisepinnale. Tekitatakse negatiivne rõhk (=300 mm elavhõbedasammast) ja pärast 3-minutilist ekspositsiooniga hinnatakse tulemusi G. J. Pertšikova (12) järgi. I aste — verevalumid peene kuni keskmise suurusega tähnidena, millede arv ulatub 20-ni. II aste — verevalumi tähnid (arvult üle 20), mis on kohati laatinud. III aste — laialdaselt laatinud verevalumid, mis moodustavad sinakaid laike. Testi hindamisel kasutatakse luupi.

3. Adrenaliini- ja histamiinitestid A. V. Loginovi (13) järgi teostatakse seljal D₂—D₁₀ segmentide piirkonnas mõlemal pool lülisammast ja käsivarte sisepinnal.

Nahale asetatakse 1 tilk histamiinilahust 1:1000 ja läbi tilga tekitatakse nõelaga pindmine 2 sm pikkune nahavigastus. Ümber kriimustuse tekib helepunane ebamääraste piirjoontega reflektorne hüpereemia ja kubel.

Histamiinitestist umbes 4 sm allpool tehakse samal meetodil adrenaliinitest. Adrenaliinitesti puhul tekib pärast kriimustust reflektorne

hüperemia, 1—3 minuti pärast tekib sümmeetriliselt mõlemal pool kriimustust kitsas kahvatu ala, mis aeglaselt suureneb ja muutub intensiivsemaks. Tulemusi hinnatakse 15 minuti pärast, mil histamiinist tekitatud kubel ja aneemiline ala saavutavad maksimumi. Tulemuste hindamisel mõõdetakse kubla või adrenaliini aneemia diameetrit. Patoloogiliseks tuleb lugeda läbimõõtu üle 7 mm.

Tehes neid teste 105 elektrikäsiuuriga (vibratsiooni põhiosa sagedusega 18—20 herti ning amplituudiga 1—9 mm) töötajal, täheldasime kublaproovi imendumisaja lühenemist alla 40 minuti 66 protsendil töötajast, veresoonte purunevuse suurenemist (II ja III staadium) negatiivse rõhu testi abil 38 protsendil, naha väikeste veresoonte adrenaliinireaktsiooni tugevnemist 49 protsendil ja histamiinireaktsiooni tugevnemist 36 protsendil. Testid näitavad, et vibratsioon põhjustab häireid kudede troofikas. Saadud tulemused on üheks lüliks, mis kinnitavad vibratsioonitõve esinemist elektrikäsiuurmasinaga töötajail [N. Schamardin (14)].

Nagu nähtub eeltoodust, võib esitatud teste soovitada ühe diagnostilise abivahendina vibratsioonitõve diagnoosimisel.

Vibratsioonitõve raviks kasutatakse novokaiinilahust, vitamiine B₁ ja PP [L. N. Gratsianskaja (15)], difatsüüli [V. G. Artamonova (1)]. Meie kogemuste põhjal on vaja B vitamiinide kompleksi ja 0,5- kuni 2 protsendilise novokaiinilahuse manustamist veeni või lihasesisesi, kombineerida seda C vitamiini ja rutiiniga ning soojusprotseduuridega. Kaugelearenenud juhtudel ei anna ravi sageli oodatud tagajärgi ja haige võib cmal erialal muutuda töövõimeetuks. Seega on kõige olulisem siiski profülaktiliste vahendite rakendamine (tervisliku kontrolli tugevdamine töötajate tööle võtmisel, töötajate dispanseerimine ja arstlik läbivaatus vähemalt 2 korda aastas jne.).

KIRJANDUS. 1. Артамонова В. Г. Вибрационная болезнь у пневматиков и опыт ее лечения. Диссертация. Автореферат. Л. 1956. — 2. Шевалье А. В., Шамардин Б. М., Шамардин Н. А. и Янес Х. Я. О влиянии вибрации электросверла на организм бурильщиков сланцевых шахт. Юбилейная научная сессия Института гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР совместно с институтами гигиены труда союзных республик и кафедрами гигиены труда Мед. институтов. Тезисы, М. 1957. 43—44. — 3. Meyer-Brodnitz und Wollheim, E., Zentralblatt für Gewerbehygiene, 6, 270—276, 1929. — 4. Gurdjian, E. S.; and Walker, L. W. Journal of the American Medical Association, 129, 668—672, 1954. — 5. Dart, E. E. Occupational Medicine, 1, 6, 515—550, 1946. — 6. Junghanns, H. Archiv für klinische Chirurgie, 188, 466—479, 1937. — 7. G. de Takacs. The Journal of the American Medical Association, 129, 672, 1945. — 8. Шевц И. и Кузьмина Н. Г. Гигиена и санитария, 9, 37—40, 1956. — 9. Андреева-Галанина Е. Ц. Вибрация и ее значение в гигиене труда. Л., 1956. — 10. Терентьев В. Г. О воздействии общих вертикальных вибраций на нервную систему. Тезисы докладов первой всесоюзной конференции по борьбе с вибрацией, Л., 1958, 12—13. — 11. McClure N. B. and Aldrich, C. A. Klinische Wochenschrift, 1199, 1927. — 12. Перчикова Г. Е. О влиянии некоторых физиотерапевтических агентов на функциональное состояние РОЭ в условиях острого местного воздействия. Труды научной сессии, посвященной 25-летию Государственного института физиотерапии, 11, 1, 151—163, 1947. — 13. Логинов А. В. Штриховой метод исследования нервно-рефлекторных сосудистых реакций. Ленинградский кожно-венерический институт. Экспериментальные и клинические исследования, 9, 1952. — 14. Schamardin, N. Kudede troofika muutustest elektrikäsiuuriga töötajail nahatestide alusel (käsikiri). — 15. Грацианская Л. Н. Действие вибрации на организм. Вибрации на производстве. Труды Ленинградского института гигиены труда и профзаболеваний, 10, 2, 75—90, 1947.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

Н. Шамардин

Резюме

Вибрационную болезнь в наших условиях диагностируют весьма редко, что обусловлено недостаточной осведомленностью врачей в вопросах клиники этого заболевания. Поэтому для разрешения этой проблемы необходимо детально изучать условия труда на производстве. Вибрационная болезнь может возникнуть у рабочих, подвержен-

ных воздействию вибрирующих инструментов, например, у анкламщиков на обувных фабриках, у бурильщиков сланцевых шахт, у работающих с пневматическими и другими вибрирующими инструментами.

Для диагностики вибрационной болезни наряду с общепринятыми методами исследования (детальный и профессиональный анамнез, наличие жалоб на отмирание рук, боли в области верхних конечностей, симптомы болезни Рейно, расстройства чувствительности и т. д.), рекомендуется проводить такие функциональные исследования как, например, пробу на гидрофильность тканей по Мак Клюру и Олдричу, пробу с отрицательным давлением (проба Нестерова), а также гистаминовую и адреналиновую пробу.

У рабочих, подвергающихся воздействию ручного электросверла, проба с отрицательным давлением оказалась существенно измененной в 38% случаев, что говорит о наличии повышенной хрупкости сосудов. У тех же рабочих проба на гидрофильность показала ускорение рассасывания папулы в 66% случаев. При помощи адреналиновой пробы наблюдалась тенденция к спазму мелких кожных сосудов у 49% обследованных рабочих. Гистаминовая проба оказалась измененной у 36% рабочих. Эти пробы, указывающие на изменение тканевой трофики, важны для установления начальных форм вибрационной болезни, когда другие симптомы еще мало выражены. Названные пробы просты, не требуют сложной аппаратуры и легко проводимы в амбулаторных условиях.

Для лечения рекомендуется комплекс витаминов В, новокаин, витамин С, рутин и тепловые процедуры. В далеко зашедших случаях лечение часто бывает неэффективным, и больной оказывается нетрудоспособным по своей основной специальности. Поэтому для предупреждения вибрационного заболевания необходимо своевременное проведение профилактических мероприятий.

Krooniline tonsillit põlevkivitööstuse töolistel

A. Luts,

meditsiiniteaduste kandidaat

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor meditsiiniteaduste kandidaat P. Bogovski)

Angiinide ja krooniliste tonsillitide esinemissagedus ning nende seos professionaalsete teguritega ei ole seni selgitatud. Kirjanduse andmetel kannatab 2—5% elanikkonnast krooniliste tonsillitide all (B. S. Preobraženski jt.). Tartu kõrva-nina-kurguarstide andmetel esineb tööstustöolistel kroonilisi tonsillite sagedamini kui kooliõpilastel. See fakt seotati rea ebasoodsate professionaalsete tingimustega (V. Liiv jt.).

Kiviõli Kombinaadi arstipunkti andmeil on angiinide esinemissagedus üldhaigestumise suhtes umbes 5%, erinedes tsehhide järgi.

Kroonilise tonsilliidi esinemise sageduse kindlaksmääramiseks põlevkivitööstuse töolistel vaadati 1955. a. ja 1956. a. jooksul otorinolarüngoloogiliselt läbi 1600 põlevkivikaevanduste ja -töötlemistehaste töolist (Kohtla-Järvel, Kiviõlis ja Slantsõ linnas).

Kroonilist tonsilliiti sedastati 12 protsendil läbivaadatud töolistest, haigus esines sagedamini kaevureil (14%).

Kroonilise tonsilliidi esinemise sageduse tõttu põlevkivitööstuse töolistel tuleb kohalikel arstidel pöörata erilist tähelepanu tonsillaarprobleemile.

Mandlid võivad põhjustada väga mitmesuguseid haigestumisi, nagu reumat jms. Mõnede ameerika autorite järgi võivat nendest tekkida kuni 49 mitmesugust metatonsillaarset haigust, mis tegelikult peaks olema muidugi liialdus.

Suulaemandlite ehk rahva keeles kurgumandlite funktsioon ei ole seni veel täielikult selgunud. Mitmesuguste teooriate hulgas on kõige tõenäolisem kaitseteooria ülemiste hingamisteede kaudu organismi tungiva

infektsiooni vastu. Ameeriklane Parkinson vaatleb suulaemandleid kui loomuliku vaktsiini laboratooriumi.

Angiini on organismi üldine äge nakkushaigus, mille põhilised nähud lokaliseeruvad neelus. Angiini etioloogias etendab otsustavat osa hemolüütilise streptokoki A-tüüp [O. Lakotkina (4)]. Mõned autorid [W. Stirk-Adams (12)] ei pea streptokokki angiini põhjustajaks, sest streptokokke ei leitavat kõikidel haigetel ja angiini ravimine ainult sulfaniilamiididega olevat sageli tagajärjetu, samuti ei lühendavat ka penitsilliini angiini kulgu, selle eest olevat vismutravi angiinide puhul kõige efektiivsem. Prahkas kasutatakse hea eduga bijohinooli, mis juba pärast mõnekordset süstimist kupeerivat angiinipildi [A. Pržetsehtel (10)]. Viimasel ajal on aga suudetud eksperimentaalselt angiini esile kutsuda koertel ja küülikutel hemolüütilise streptokoki kultuuride ja desoksükortikosterooniga [I. Lopotko (7) ja O. Lakotkina (4, 5)]. See näitab, et streptokokkidel on siiski suur osatähtsus angiini tekkimises.

Angiini tekkimise mehhanismis etendavad aga olulist osa organismi spetsiifiline ja mittespetsiifiline reaktiivsus, mis võib muutuda organismi välis- või sisekeskkonna faktorite, seejuures ka tööstuslike tegurite toimel. Näiteks villatööstuses sedastati suure tolmusisalduse tõttu õhus tööliste neelus streptokokke kõige sagedamini (36,4%). Streptokoki kandmine oleneb ka õhutemperatuurist tööstuses [S. Lokšina (6)]. Seega on kahtlemata üheks krooniliseks tonsilliidi ja angiinide sagedase esinemise põhjuseks põlevkivitööstuses töölistel ülemisi hingamisteid ärritav tuha- ja põlevkivitolmuga ning gaasidest saastunud õhk. Samuti uuris Z. Metuzenko kliiniliselt ja eksperimentaalselt tolmu faktori tähtsust tonsillaarsete haiguste patogeneesis ja märkis selle kahjustavat toimet tonsillaaraparaadile [I. Lopotko ja S. Romm (7)].

Peale tolmu faktori võivad kaevanduses valitsev madal õhutemperatuur ja suur niiskus põhjustada maa all töötavate tööliste külmetumist ja mandlites peituvat infektsiooni ägenemist. Eksperimentaalselt on tõestatud, et kehapinna, eriti jäsemete jahtumine põhjustab reflektorselt mandliveresoonte spasme ja temperatuuri alanemist mandli pinnal [V. Undrits ja R. Zassossov (11)].

Mandlite haigestumist soodustab ka päikese kiirguse puudumine kaevanduses. Selle puuduse kõrvaldamiseks kiiritatakse Donbassi kaevandustes kaevureid ultraviolettkiirtega [Z. Gorkin, S. Kangelori, I. Mintšenko (1, 2)].

Peale eelpoolloetletud soodustavate faktorite põlevkivitööstuses võib põhjustada angiini äkiline külmetus, eriti tuuletõmme.

Kõige sagedamini tekib krooniline tonsilliit inimestel, kes on korduvalt põdenud angiini.

Kroonilise tonsilliidi tekkimist võivad soodustada nina kõrvalõõnte mädased põletikud ja takistused läbi nina hingamisel (ninapolüübid, hüperplastiline riniit). Nii täheldati kaevureil sageli (6%) esinevaid haimoriite ja ninapolüüpe ning tolmites õhus töötajatel hüpertroofilisi riniite.

Angiini ja kroonilise tonsilliidi sageduse tõttu tuleb pöörata suuremat tähelepanu ka nende õigele diagnoosimisele, sest angiini ja kroonilise tonsilliidi diagnoosimisel mittelarüngoloogide poolt esineb sageli hüperdiagnostikat.

Kui angiini (katarraalne, follikulaarne, lakunaarne) diagnoosimisel ei ole erilisi raskusi, siis kroonilise tonsilliidi diagnoosimine ei ole alati kerge. Krooniliseks tonsilliidiks tuleb lugeda sellist mandlite seisundit, mis soodustab ägedate protsesside, nagu angiinide, peritonsilliitide ja peritonsillaarsete abstsesside sagedast esinemist.

Kroonilise tonsilliidi puhul võivad esineda kaebused kurgu suhtes, halb lõhn suust, köhatamine, kerge valulikkus neelamisel pärast külme-

tust, mõnikord ka subfebriliteet, kiirenenud punaste vereliblede settimine jne.

Objektiivselt, s. o. farüngoskoopiliselt, leidub sageli mandlites mädakorke mandlile spaatliga vajutamisel. Mandli suurus ega krüptilisus ei ole oluline. Sageli on väikesed atroofilised kurgumandlid hoopis «kurjemad».

Tähelepanu peab pöörama neelukaartele. Kroonilise tonsilliidi puhul võib täheldada mandli liitumist kaartega, nende turset, infiltreerumist või hüpereemiat.

Tsütoloogilised ja bakterioloogilised uurimised ei oma kroonilise tonsilliidi diagnoosimisel tähtsust. Tavaliselt ei muutu ka vereelementide koosseis, s. o. leukotsütoos, verepilt jne. Patoloogilis-histoloogiline uurimine ei kindlusta diagnoosi, sest mandleis esineb pidev taandarenemisprotsess. Seega tuleb kroonilise tonsilliidi diagnoosimisel summaarselt arvestada nii haige kaebusi, anamneesi kui ka objektiivset leidu. Kroonilist tonsilliiti peab põhiliselt diferentseerima kroonilisest farüngiidist, mil põletikuline protsess haarab peamiselt neelu tagumist seina.

Kroonilise tonsilliidi puhul on täheldatud ka vere biokeemilisi muutusi — happe- ja aluselise tasakaalu nihkumist atsidoosi suunas [O. Lakotkina ja S. Jurtšenko (4)] ja vere elektrolüütide muutumist kaltsiumipeegli tõusu ja kaaliumipeegli tunduva languse näol. Kroonilise tonsilliidi puhul on leitud samuti C-vitamiini hulga tunduvat vähenemist, eriti kuuma-des tsehhides töötavatel inimestel. C-vitamiini bilanssi kaevureil uurib Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi biokeemia laboratooriumis meditsiiniteaduste kandidaat E. Vagane.

Samuti on täheldatud krooniliste tonsilliitide puhul vereseerumi valkude koostise muutumist [E. Ideltšik (3)].

Kroonilise tonsilliidi sagedase esinemise tõttu põlevkivitööstuse töölistel on vaja pöörata erilist tähelepanu selle õigele ravimisele ja profülaktikale.

Ainuüksi penitsilliini või sulfaniilamiidide manustamine ei ole efektiivne. Ka kuristamine mitmesuguste medikamentidega ei anna soovitud tagajärgi. Viimasel ajal pööratakse tähelepanu mandlikrüptide loputamisele penitsilliinilahusega erilise kõvera nüri nõela abil 10 päeva jooksul üks kord päevas. Mehaanilistest ravimeetoditest kasutatakse mandlikrüptide sisu väljaimmist. See moodus on levinud peamiselt Ameerika Ühendriikides. Füsioterapeutilistest ravivahenditest kasutatakse nii üldist kui otsest mandlite kiiritamist ultraviolettkiirtega, lühilaineravi jne.

Poolkirurgilised ravimeetodid, nagu galvanokaustika, diatermokoaagulatsioon ja lakuunide lahtilõikamine ei ole tõhusad ning hilisem kirurgiline ravi on liidete tekkimise tõttu sel puhul raskustega seotud.

Kõige paremaid tagajärgi on kroonilise tonsilliidi ravimisel saadud tonsillektoomia abil.

Tonsillektoomia rakendamisel ollakse praegu ettevaatlik. Sage date külmetuste, ülemiste hingamisteede katarride ja gripi puhul on tonsillektoomia kahjulik ja nimetatud haigused võivad korduda tonsillektomeeri-tuil sagedamini.

Tonsillektoomia ei ole soovitav ninakõrvalõõnte mädaste protsesside (haimoriitide, frontiitide) või saneerimata suuõõne puhul.

Tonsillektoomiast tuleb hoiduda gripi- ja poliümüeliidiepideemia ajal.

Tonsillektoomia näidustuseks peetakse angiinide kordumist, mandlite tunduvat hüpertroofiat, mis põhjustab neelus mehaanilist takistust ja moonutab häält, ning dekompanseeritud kroonilist tonsilliiti (peritonsillaarsete abstsesside, reumaatiliste afektsioonide esinemine). Harva ja kergel kujul esinevate angiinide puhul ei ole tonsillektoomia näidusta-

tud. Enamik autoreist leiab, et angiinide esinemine 2—3 korda aastas on küllaldane tonsillektoomiaks. Siinjuures tuleb aga arvestada haige vanust. Vanemas eas harvenevad angiinid seoses lümfaatilise koe atroofiaga ja seepärast tonsillektomeeritakse tavaliselt kuni 40. eluaastani. Haige vanus ei ole seejuures tonsillektoomia jaoks vastunäidustuseks. Vanemas eas peab aga arvestama verejooksu ohtu, haige vererõhku, aterosklerootilisi muutusi jne.

Tonsillektoomia ei toimu kohe pärast kroonilise tonsilliidi avastamist. Mandlite seisundit tuleb jälgida mitte vähem kui pool aastat. Iga arst peab olema teadlik, et tonsillektoomia polegi nii lihtne operatsioon ja seepärast tuleb enne opereerimisele asumist ära kasutada kõik konservatiivsed ravimeetodid.

Profülaktilistest abinõudest on krooniliste tonsilliitide sageduse vähendamiseks põlevkivitööstuse töölise hulgas kõige olulisem sageli angiini põdevate isikute dispanseerimine. Dispanseerimisel langeb peamine tähtsus tervishoiupunkti arstile, kes on kontaktis tehase administratsiooniga, ühiskondlike organisatsioonidega ja rajooni kõrva-ninakurguarstiga ning võib seetõttu kergemini ja efektiivsemalt läbi viia vastavaid tervendavaid abinõusid.

Oluline on infektsiooni mandlitesse sattumise vältimine, milleks tuleb ravida hingamishäireid ja likvideerida mädakolded nina kõrvalõõntest (näiteks esinevad kaevureil sageli haimoriit ja ninapolüübid), saneerida suuõõs jne.

Viimasel ajal soovitatakse organiseerida profülaktilised inhalatooriumid tolmurikastes töökohtades töötavatele töölisele (põlevkivisorteerijad, kamberahjude ekstraktormasinistid, utjad, tuhatöölised kuiva tuha eemaldamisel). Nagu eelnevad profülaktilised läbivaatused näitasid, võib töölisel tolmurikastes kohtades täheldada peamiselt keskmises ninakäigus, harvemini neelu tagumisel seinal põlevkivitolmu või põlevkivituhatolmu kogunemist, mis ei eemaldu kiiresti ja ärritab limaskestast. Samuti täheldati tolmu tungimist ninalimaskestast limanäärmetesse ja nende ummistumist. On selgunud, et töölised, kes pärast tööd on saanud inhalatsiooni, haigestuvad harvemini angiini ja ülemiste hingamisteede haigustesse. Inhalatsiooni puhul eemaldatakse veeauru ja medikamentide toimel kergemini ülemiste hingamisteede limaskestadelt tolmuosised ja pisikud, paraneb ühtlasi limaskestast vereringe ja limaskestast pind desinfitseeritakse.

Suuremat tähelepanu tuleks pöörata C-vitamiini manustamisele põlevkivitööstuse töölisele (eriti neile, kes põevad kroonilist tonsilliiti).

Soovitav oleks Donbassi kaevanduste eeskujul organiseerida maa all töötavatele töölisele duširuumide läheduses fotariumid ultraviolettkiirguse saamiseks.

Võib tekkida küsimus — kas kroonilist tonsilliiti põdevaid isikuid võib võtta põlevkivitööstusesse tööle? Vastus on jaatav. Kroonilist tonsilliiti põdevad isikud on praktiliselt terved, kusjuures neil ainult organismi reaktiivsus on teataval määral muutunud. Seepärast arvestades kõiki profülaktilisi abinõusid võib kroonilist tonsilliiti põdevaid töölisi võtta tööle ja alles vajaduse puhul suunata ravile.

Lõpuks peab veel kordama, et põlevkivitöölise dispanseerne teenindamine on kõige efektiivsem võitluses angiinidega ja krooniliste tonsilliitidega.

KIRJANDUS. 1. Горкин З. Д. и Кангелори С. С. Врачебн. дело, 1954, 10, 916—920. — 2. Горкин З. Д. и Минченко И. А. Врачебн. дело, 1956, 7, 735—736. — 3. Идельчик Э. И. Белки и глобулиновые фракции при острых и хронических тонзиллитах. Приводится по Лопотко И. А. и Ромм С. З. — 4. Лакоткина О. Ю. и Юрченко С. К. Приводится по Преображенскому. — 5. Лакоткина О. Ю. К вопросу о роли микробного фактора в генезе ангины. Приводится по Лопотко И. А. и Ромм С. З. — 6. Локшина С. З. О микрофлоре зева у лиц, работающих в раз-

личных производственных условиях. Приводится по Лопотко И. А. и Ромм С. З. — 7. Лопотко И. А. и Ромм С. З. Научная конференция по тонзиллярной проблеме Ленинградского научно-исследовательского института по болезням уха, носа, горла и речи. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1956, 4, 82—87. — 8. Метузенко З. Е. Пылевой фактор и его значение в патогенезе тонзиллярных заболеваний. Приводится по Лопотко И. А. и Ромм С. З. — 9. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями, М., 1954. — 10. Пржецехтел А. О профилактике и лечении ангины. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1956, 3, 3—10. — 11. Ундриц В. Ф. и Засосов Р. А. Приводится по Пржецехтелю. — 12. Stirk-Adams. Приводится по Пржецехтелю. — 13. Parkinson, R. A. Tonsil and allied problems, New York, 1951. p. 232 в сб.: Ангина и хронический тонзиллит. М., 1955, стр. 151, под ред. В. К. Трутнева.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ У РАБОЧИХ СЛАНЦЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

А. Лутс

Резюме

В тонзиллярной проблеме до настоящего времени существует ряд недостаточно изученных вопросов. Связь между заболеваемостью ангиной и профессиональными факторами недостаточно выяснена. Имеются лишь отдельные сведения о частоте хронических тонзиллитов у рабочих различных отраслей промышленности.

Для выяснения, насколько часто хронический тонзиллит наблюдается у рабочих сланцевой промышленности, в 1955 и 1956 гг. было произведено оториноларингологическое обследование 1600 рабочих сланцевых шахт и сланцеперерабатывающих заводов.

Хронические тонзиллиты обнаружены были у 10,2% рабочих сланцевой промышленности. В возникновении этого заболевания определенную роль играют профессиональные вредности: низкая температура и высокая влажность воздуха сланцевых шахт, значительные колебания температуры и сквозняки, запыленность и загазованность воздуха в цехах сланцеперерабатывающих заводов.

В связи с этим необходимо уделять особое внимание правильной диагностике, учету и профилактическим мероприятиям, направленным на снижение заболеваемости ангиной среди рабочих сланцевой промышленности.

Диагноз хронического тонзиллита в каждом отдельном случае должен опираться на анамнестические сведения относительно частоты случаев ангин в прошлом и на некоторые особенности фарингоскопической картины (рыхлые гипертрофированные или атрофические миндалины, гиперемия передних небных дужек и, в особенности, наличие гнойных пробок).

Лечебно-профилактическая работа включает следующие этапы: а) изучение ангинозной заболеваемости среди рабочих заводов и шахт; б) выявление конкретных условий, predisposing к заболеванию ангиной; в) проведение санитарно-технических и гигиенических мер, направленных к устранению неблагоприятных метеорологических условий, пылевых и химических раздражающих факторов и к улучшению условий труда; г) выявление, диспансеризация лиц, часто болеющих и их лечение; д) улучшение качества диагностики и экспертизы временной нетрудоспособности, а также качества лечебного обслуживания больных ангиной; е) профилактическая своевременная санация полости рта и носа, общая закалка организма, повышение уровня санитарно-просветительной работы.

Инициаторами и организаторами этой работы должны быть врачебные здравпункты и местные оториноларингологи.

ANGIINI NING KROONILISE TONSILLIIDI ESINEMISEST JA PROFÜLAKTIKAST

V. Liiv, A. Kängsepp, V. Aimre, E. Loige

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, paarast M. Boston)

Angiin on laialdaselt levinud üldhaigus, mis põhjustab võrdlemisi suure ajutise töövõimekaotuse või raskematel juhtudel invaliidistumise metatonsillaarsete haiguste tõttu. Sageli ei ole angiin iseseisev haigus, vaid on kroonilise tonsilliidi ägenemine. Seega aitavad kroonilisse tonsilliiti haigestumise vähendamiseks rakendatavad ravi- ja profülaktilised abinõud ühtlasi võidelda ka angiiniga [B. S. Preobraženski (1)].

Vastavalt Nõukogude Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi otsusele 11. nov. 1954. a. pööratakse erilist tähelepanu angiini ja kroonilise tonsilliidi probleemile. Sel alusel moodustati ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu juures angiiniprobleemide komisjon, kes suunaks angiini ja kroonilise tonsilliidi dispanseerimist tööliste, kolhoosnikute ja õpilaste hulgas.

Käesolevas ülevaates angiinide esinemisest Eesti NSV-s on arvestatud angiine, mis on diagnoositud Tartu ja Tallinna lastepolikliniikute pediaatrite ja otoloogide poolt 1955. a. Kogu materjalist on ligi 50 protsenti diagnoositud pediaatrite poolt ning seetõttu tuleb siin arvestada teatavat ülediagnoosimist, sest real juhtudest on rinofarüngiite ja ülemiste hingamisteede katarre diagnoositud katarraalseks angiiniks, eriti seal, kus puuduvad larüngoloogid.

Üldse oli 1955. a. jooksul Tartu Lastepoliklinikus arvel 16933 last, esmakordseid külastusi esines aga 12835 juhul. Angiine oli kokku 1046 juhtu.

Esimesel ja teisel eluaastal esineb angiini harva, kolmandal eluaastal tekib aga järsk tõus. Põhjuseks võiks olla asjaolu, et selles vanuses lapsed lähevad lasteaeda, kus nende kontakt väliskeskkonnaga suureneb ning esineb rohkem külmetumis- ja infektsioonivõimalusi. Kolmanda ja seitsmenda eluaasta vahel esineb angiin jälle harvemini. Seitsmendal ja kaheksandal eluaastal, millal lapsed lähevad kooli, tekib angiinide esinemises uus kõrgseis, mis püsib kümnenda eluaastani. J. M. Majofis (2), kes teostas vaatlusi Tallinnas, seostab seda peale külmetumis- ja infektsioonivõimaluste suurenemise veel kokkupuute sagenemisega hemolüütilise streptokoki kandjatega. Seda arvamust põhjendab ka asjaolu, et angiini juhtude arv sageneb õppetöö alguses esimestel kuudel (septembris ja oktoobris).

Nii Tartus kui ka Tallinnas sedastati angiini esinemises sesoonilisust. Kõrgseis tekkis sügisel ja talvel (september, oktoober, november, detsember), minimaalne haigestumus suvekuudel. Sõltuvalt kliimaatilistest tingimustest Tallinnas, tõusis haigusjuhtude arv märtsis-aprillis vähesel määral. Suvekuudel oli haigestumus minimaalne.

Tallinnas kogutud polikliinilise materjali analüüsimisel angiini vormide järgi esines lastel siin J. M. Majofise (2) andmeil kõige rohkem katarraalset angiini — keskmiselt 56,1%, üksikutes kvartaalides isegi üle 60% (näiteks Nõmmel 64,3%). Follikulaarset angiini diagnoositi 38,3 protsenti ning lakunaarset angiini kõigest 5,6 protsenti. Banaalsete angiinide katarraalse vormi nii suurt protsenti Tallinnas seostab autor haiguse kliinilise kulu iseärasustega lastel. Võib siiski arvata, et kõige rohkem diagnostilisi vigu esineb katarraalse angiini puhul, mistõttu nende hulgas leidub kindlasti jaoskonnaarstide poolt angiiniks peetud akuutseid rinofarüngiite, riniite ja ülemiste hingamisteede katarre.

Kogu Tartu Lastepolikliniku haigematerjalist moodustas 1955. aastal angiin 7,4%, Tallinnas 9,97%. Kui oleks õnnestunud välja jätta ülediagnoositud juhtumeid, tuleks see protsent kindlasti mõnevõrra väiksem.

Kroonilise tonsilliidi selgitamiseks võeti Tartus vaatluse alla 2 tehastr ning kõik Tartu seitsmeaastased koolid ja Tallinnas Vineeri- ja Mööblivabriku 3 tsehi ning XX Keskkool.

1955. aastal selgitati septembri- ja oktoobrikuu jooksul kooliarstide ja õdede abil sageli angiini haigestuvad õpilased klasside kaupa. Aluseks võeti objektiivsed leiud ja haigestumine 2—3 korda aastas. Tehastes teostasid esialgseid vaatlusi tervishoiupunkti arstid. Koostatud nimekirjade alusel asuti õpilaste ja tööliste erialasele järelevaatusele juba kohapeal.

Ilmnes, et Tartu seitsme seitsmeaastase kooli 3421 õpilasest põeb sageli angiini 93 õpilast ehk 2,7 protsenti, mis on kõrvutatav ka M. J. Volkovitši, S. P. Feldmani ja E. G. Buršteini [tsitaat B. S. Preobraženski (1)

järgi] kirjanduslike andmetega. Vaatlusmaterjali analüüsimisel selgus, et rohkem kannatavad kroonilise tonsilliidi all nooremate klasside, I ja II klassi õpilased (protsent vastavalt 27,6 ja 18,1). See asjaolu viis mõttele uurida, kas nooremate klasside õpilased ei ole hemolüütilise streptokoki kandjad. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi juures uuriti nende õpilaste kurgulima. Hemolüütilise streptokoki kandjaid leidis I klassi õpilaste hulgas 37,2%, II klassi õpilaste seas 28,9%. Seoses vanuse tõusuga langesid haigestumus kroonilisse tonsilliiti ja streptokokikandlus [J. M. Majofis (3)].

Tartu põllutöomasinatetehase «Võit» tööliste seas esines kroonilist tonsilliiti keskmiselt 6,2 protsenti. Tallinna Vineeri- ja Mööblivabriku 3 tsehi vaatlusel sedastati enam või vähem kliiniliselt väljenduvat kroonilist tonsilliiti 25,1 protsendil töölistest.

Tsehhide kaupa oli haigestumus Tartu tehastes kõige suurem keemiatsehhis (19,1%), kus töötatakse nitro- ja aniliinvärvidega, mis ärritavad ülemiste hingamisteede limaskesti ja soodustavad nähtavasti ka kroonilise tonsilliidi teket. Kõrge haigestumus oli ka valutsehhis. Mainitud tsehhis on töötingimused vähem soodsad: tööprotsess on vähe mehhaniseeritud, tööruumid on kitsad ja halvasti ventileeritud, ventilatsioon toimub peamiselt avatud uste kaudu, mis tekitab tuuletõmbust. Töölised töötavad siin kõrgema temperatuuri juures, kusjuures neil vahetevahel tuleb viibida väljas.

Eeltoodud faktilistest andmetest nähtub, et angiinid tekivad sagedamini organismi immuunbioloogilise kaitsereaktsiooni nõrgenemise taustal, milles suurt osa etendavad temperatuuri kõikumised, toitumine, õhu saastumine keemiliste ainetega, tolmu jne. Profülaktilisest seisukohast osutub väga tähtsaks kõigi ekso- ja endogeensete faktorite väljaselgitamine, mis antud isiku juures muudavad organismi reaktiivsust ja soodustavad tonsilliitide teket.

Organismi reaktiivsust nõrgendavate faktorite selgitamine ja kõrvaldamine ning ravi suunamine ongi dispanseerse meetodi ülesandeks. Eesti NSV-s algatati kroonilise tonsilliidiga haigete dispanseerimist 1955. a. lõpul Tartus ja Tallinnas. Arvele on võetud koolides ja tehastes läbivaadatud kroonilise tonsilliidiga haiged. Dispanseeritute hulgast on eelkõige välja selgitatud metatonsillaarsete haigustega juhud, kellede juures on rakendatud operatiivset ravi. Kuid juba varem aastail on Tartus võitluses angiini, kroonilise tonsilliidi, paratonsillaarsete abstsesside ja metatonsillaarsete haigestumistega edukalt rakendatud tonsillektoomiat. Tallinnas on profülaktilise meetodina tarvitusel tonsillektoomia kõrval ka P. P. Sahharovi meetod, mis seisneb algul penitsilliini ning seejärel norsulfasooli pihustamises kurku.

KIRJANDUS

1. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. Москва, 1954. — 2. Майофис Е. М. Заболеваемость ангиной среди детского населения города Таллина. Сборник «Здравоохранение Советской Эстонии» 5, 159—166, 1956. — 3. Майофис Е. М. Динамика заболеваемости ангиной среди детского населения города Таллина и диспансеризация страдающих хроническим тонзиллитом. Объединенное научное совещание Республиканского общества микробиологов, эпидемиологов, инфекционистов и гигиенистов имени И. И. Мечникова и Республиканского общества ото-рино-ларингологов по ангинам в городе Тарту. 19 мая 1956 года. Рукописные тезисы доклада.

ОБ АНГИНЕ, ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

В. Лийв, А. Кянгсепп, В. Аймре, Э. Лойге

Резюме

Ангина — широко распространенная болезнь, которая является очень часто причиной временной нетрудоспособности и в более серьезных случаях даже инвалидности в результате метатонзиллярных заболеваний.

В соответствии с решением коллегии Министерства здравоохранения Союза ССР от 11 ноября 1954 г. в Эстонской ССР этой проблеме уделяют большое внимание и при ученом совете Министерства здравоохранения создана комиссия для руководства диспансеризацией рабочих, колхозников и учащихся, заболевших ангиной и хроническим тонзиллитом.

В результате исследования детей в городах Таллине и Тарту выяснилось, что из находящихся на учете в детской поликлинике гор. Тарту 16933 детей в 1955 г. болели ангиной 1046 детей. Из всего контингента заболевших в Тартуской детской поликлинике в 1955 году случаи ангины составляли 7,4% и в городе Таллине 9,97%.

В Тартуских семилетних школах болеют ангиной 2,7% из общего количества учащихся. Из учащихся I классов страдали хроническим тонзиллитом 27,6% и II классов 18,1%. При обследовании мазка слизистой гортани выяснилось, что 37,2% из учеников I классов и 28,9% II классов были носителями гемолитического стрептококка.

На заводе сельскохозяйственных машин «Выйт» в Тарту был установлен хронический тонзиллит у 6,2% рабочих и в 3 цехах фанерно-мебельной фабрики гор. Таллина у 25,1%.

Случаи заболевания хроническим тонзиллитом учащаются в связи со снижением иммуно-биологической защитной реакции организма, в котором большую роль играют колебания температуры, питание, загрязнение воздуха и т. д.

В борьбе с ангиной, хроническим тонзиллитом, паратонзиллярными абсцессами и метатонзиллярными заболеваниями успешно применяется тонзиллэктомия и в гор. Таллине также консервативный метод лечения по П. П. Сахарову.

VIGADEST ANGIINI DIAGNOOSIMISEL JA TONSILLEKTOOMIA NÄIDUSTUSTE MÄÄRAMISEL

Meditsiiniteaduste kandidaat V. Särgava

(Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, kateedri juhataja meditsiiniteaduste kandidaat dotsent E. Siirde, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst H. Boston)

Nõukogude meditsiin pöörab laialdast tähelepanu tonsillaarprobleemile ja seda täiesti põhjendatult. Angiin on üks levinumaid haigusi, mis haarab elanikkonda peamiselt nooremas eas. Angiin on kõige sagedamaid ajutise töövõime kaotuse põhjusi. Ühtlasi võivad kurgumandlid olla koldeks mitmesugustele sekundaarsetele metatonsillaarsetele haigustele, mis nõuavad sageli pikaajalist ravi ja tekitavad isegi invaliidsust.

Statistilisest materjalist ja kliinilistest tähelepanekutest aga selgub, et angiini diagnoosimisel teatud määral liialdatakse. Arstid kalduvad sageli angiinina diagnoosima kõiki kurguga seotud kaebusi. Angiini diagnoositakse meil sagedamini keskustes ja kohtades, kus puuduvad kõrva-nina-kurguarstid. N. D. Hodjakovi (1) andmetel Leningradis teostatud vaatlused selgitasid, et jaoskonnaarstide poolt kodus diagnoositud angiinidest 30 protsendil juhtudest ei olnud tegemist angiiniga.

Angiini ülediagnoosimise põhjused on mitmesugused. Sageli viiakse angiini mõiste alla erinevad haigused ja patoloogilised seisundid, millel pole angiiniga mingit seost. B. S. Preobraženski (2) esitab angiini vale diagnoosimise põhjustena: 1) angiini mõiste ebaõige tõlgendamine, 2) farüngoskoopilise pildi ebaõige hinnang, 3) haige mitteküllaldane uurimine ja 4) mitmesuguste angiinivormide mittetundmine.

Kõigepealt tuleb teha kindlat vahet angiini ja muude ülemiste hingamisteede põletikuliste seisundite, samuti gripi vahel. Paljud jaoskonnarstid, terapeutid ja pediaatrid tõlgendavad iga neelu hüperemiat angiinina. Nendelt on valdavas enamuses ka statistilised andmed angiini kohta.

Angiini puhul avalduvad lokaalsed nähud peamiselt kurgumandlitel, kusjuures tekivad katud mandlikrüptides või folliikulite pinnal (lakunaarne ja follikulaarne angiin) või esineb katarraalne seisund. Angiini ülediagnoosimine esineb just katarraalse angiini osas. Ainult siis, kui angiinile iseloomulike üldnähtude kõrval esinevad põletikulised muutused kurgumandlitel ning vähesel määral nende ümbruse limaskestal, võime rääkida katarraalsest angiinist. Selle juures on vaja välja lülitada teised ägedad nakkushaigused, mis samuti võivad anda lokaalseid nähte kurgumandlitel (sarlakid, difteeria, leetrid, punetised, kõhutüüfus, brutselloos, viirusgripp, tulareemia, lues jt.). Tõelisi katarraalseid angiine esineb B. S. Preobraženski (2) andmetel võrdlemisi harva, diagnoositakse tegelikult aga tunduvalt rohkem kui teisi angiiniliike. Nii on J. M. Majofis'i (3) andmetel Tallinna lastepoliklinikus 1954/55. a. diagnoositud katarraalset angiini 56,1%, follikulaarset angiini 38,3% ja lakunaarset angiini kõigest 5,6%. Kui angiini puhul esinevad põletikulised nähud kurgumandlitel ja nende lähemas ümbruses, siis farüngiidi puhul on haaratud kogu neelu limaskest. Terapeutide ja pediaatrite juures kohtame harva diagnoosi: «akuutne farüngiit», tavaliselt on see asendatud väljendusega «katarraalne angiin».

Ülemiste hingamisteede põletike ja gripi puhul esinevad koos kurgukaebustega tavaliselt ka nohu, nina kinnisus, hääle kähedus, köha ja röga. Need nähud ei kuulu angiinipildi juurde. Pole õige koos kasutada ka diagnoose «katarraalne angiin» ja «äge farüngiit».

Rohkesti vigu tekib seoses vale vaatlustehnikaga. Kurgumandlite ja neelu keskosa vaatluseks pole vaja erilisi instrumente, seda võib iga arst teha spaatli või lusika abil. Ei tohi aga kunagi piirduda ainult kurgukaarte ja mandlite vaatlusega, peame jälgima ka neelu limaskesta seisundit. Vastasel korral võime mandlite hüperemia põhjal ekslikult diagnoosida katarraalset angiini seal, kus tegelikult esineb äge farüngiit või sesoonikatar.

Angiini puhul, eriti lapseas, tuleb tähele panna nakkushaiguste võimalust (eelkõige sarlakid ja difteeria). Difteeria klassikalist pilti esineb tänapäeval suhteliselt harva. Oluline on siin anamnestiliste andmete ja kliinilise pildi kõrval ka kurgulima bakterioloogiline uurimine. Difteeriapisikute leidumisse tuleb suhtuda kui difteeriasse, kuigi on võimalik, et esineb lihtne angiin ja haige on difteeriapisikute kandja.

Angiin kestab tavaliselt kuni üks nädal. Pikemaajalise kulgemise puhul tuleb mõelda ka muudele võimalustele. Oluline on hematoloogiline uurimine, sest mitmed verehaigused (agranulotsütoos, leukoos, mononukleooos) võivad haarata kurgumandleid. Ei tohi unustada ka tuberkuloosi. Oleme näinud mitmeid juhtumeid, kus arst ravis haigel mitu nädalat angiini, tegelikult oli tal aga aktiivne kopsutuberkuloos ja selle tüsistusena tuberkuloosid muutused neelus.

Vahel võivad angiiniga sarnase pildi anda mõned kroonilise iseloomuga kurguhaigused, nagu farüngomükoos, krooniline farüngiit koos neelu lateraalsete väätide paksenemise, lümfifolliikulite tekkega neelu limaskestal jne.

Esimesel eluaastal angiini peaaegu ei esine, sest neelu lümfaatiline kude on veel arenemata. Küll aga esineb angiini teisel ja kolmandal eluaastal, kõige rohkem aga esimeste kooliaastate jooksul (7- kuni 10-aastastel). Pärast 35-ndat kuni 40-ndat eluaastat langeb angiini esinemissagedus tunduvalt.

Eksitusi võib põhjustada ka pealiskaudne anamneesi võtmine ja haige läbivaatus. Anamneesi osas tuleb jälgida kokkupuuteid nakkushaigetega, eriti lapseas, üldise läbivaatuse juures tuleb uurida nahka lööbe suhtes, samuti perifeerseid lümfisõlmi (üldine lümfisõlmede suurenemine esineb infektsioosse mononukleoosi, aleukia puhul jne.).

Angiiniga lahutamatus seoses on kroonilise tonsilliidi probleem. Tihti tekib angiin kroonilise tonsilliidi ägenemisega. Angiinide vältimiseks rakendatakse sageli kurgumandlite operatiivset eemaldamist — tonsillektoomiat. Põhimõtteliselt on see õige, kuid näib, et ka selles küsimuses oleme sattunud teatud määral liialdustesse. Kurgumandlite eemaldamine on õigustatud vastavate kliiniliste näidustuste puhul. Massilise tonsillektoomia rakendamisega ei saa aga lahendada tonsilliidi probleemi. Kurgumandlitel on normaalselt kaheldamatult olemas organismi kaitsefunktsioon, sellepärast ei ole soovitatav eemaldada terveid või vähekahjustatud tonsille, millel see funktsioon on säilinud.

Vaatamata vastukäivatele seisukohtadele on tänapäeval välja kujunenud enamvähem üldtunnustatud näidustused tonsillektoomiaks. Operatsiooni indikatsiooni määramisel on kõigepealt oluline mandlite seisund. Selle hindamiseks rakendatakse anamnestilisi andmeid ja objektiivset vaatlust, mis peab toimuma dünaamiliselt. Ühekordsest vaatlusest sageli ei piisa. Metatonsillaarsete haigestumiste puhul on vaja haiget põhjalikult uurida ning alles siis, kui oleme enamvähem veendunud, et üldhaigus on seoses kurgumandlitega, võib tonsillektomeerida. On vaja kaaluda ka muid võimalusi (vigased hambad, ninakõrvalõõnte põletikud jne.). Tuleb silmas pidada, et ilma angiinita kulgevat kroonilist tonsilliiti, mis võiks põhjustada metatonsillaarseid haigestumisi, esineb võrdlemisi harva [B. S. Preobraženski (4)].

Lähtudes kirjanduse andmetest [J. S. Tjomkin (5), B. S. Preobraženski (4), D. D. Lebedev ja J. I. Volkova (6), Seiffert (7) jt.] ja meie kliiniku praktilistest kogemustest, võiksime esitada järgmised indikatsioonid tonsillektoomiaks: 1) sagedased, mitme aasta jooksul korduvad angiinid, 2) anginiijärgsed intoksikatsioonid, kuigi angiinid korduvad suhteliselt harva, 3) korduvad paratonsillaarsed abstsessid, 4) krooniline tonsilliit koos metatonsillaarse haigestumisega (nn. fokaalinfektsioon ehk fokaaltseksikoos kurgumandlitel), südamekahjustused, polüartriit, nefriit, *chorea minor*, neuralgiad jne., 5) tonsillogeenne sepsis.

Sageli peetakse kroonilise tonsilliidi tunnuseks kurgumandlite suurenemist ja soovitatakse operatiivset ravi. See seisukoht on põhiliselt väär. Suured kurgumandlid ei ole vastava anamneesi ja muude nähtude puudumisel põletiku tunnuseks, vastupidi — need on aktiivse funktsiooni võime indikaatoriks [V. K. Trutnev (8)].

Tonsillektoomia suhtes kehtib rida kontraindikatsioone, mille puhul tuleb sellest täiesti loobuda või opereerida suure ettevaatusega. Mitmesuguste verehaiguste puhul (hemofiilia, leukeemia, hemorraagiline diatees jt.) on tonsillektoomia vastunäidustatud, samuti veritsus- ja hüübimisaja pikenemisel, kui see ei normaliseeru vastava raviga. Ettevaatlikult tuleb suhtuda tonsillektoomiasse mitmesuguste raskete üldhaiguste puhul (neeru- ja südamehaigused, diabeet), mis võivad operatsioonijärgselt halveneda ja saada haigele isegi saatuslikuks. Ka aktiivse tuberkuloosi puhul on tonsillektoomia vastunäidustatud [B. S. Preobraženski (4), D. D. Lebedev ja J. I. Volkova (6), J. S. Tjomkin (5)], samuti tugevalt väljakujunenud hüpertooniatõve puhul.

Ajutiseks takistuseks tonsillektoomiale on vigased hambad, halb suuhügieen, ägedad nakkushaigused või kontakt nendega (eriti poliomüeliidiga), furunkuloos või äge ülemiste hingamisteede põletik, menstruatsioon, samuti raseduse lõppjärg. Haige iga pole eriti oluline. Küllaldaselt põhjendatud juhtudel võib tonsillektomeerida nii vanemas eas (isegi üle

60 a.) kui ka varajases lapseas [B. S. Preobraženski (4), S. I. Vulfson (9), M. I. Volkovitš (10) jt.]. Enne kuuendat või seitsmendat eluaastat teostatakse aga tonsillektoomiat siiski suhteliselt harva, samuti pärast 50-ndat eluaastat.

Sageli ei peeta ülaltoodud nõuetest kinni. Mandlioperatsioonile suunatakse isikuid, kellel pole üldse angiini esinenud või see on olnud ainult mõnel üksikul korral. Üsna tihti on haige täiesti uurimata. Nii näiteks suunati hiljuti jaoskonnaarsti poolt mandlioperatsioonile kolmeaastane laps, kel mandlid olid mõõdukalt hüpertrofeerunud. Anamnestiliselt polnud laps kunagi angiini põdenud, ainukesed kaebused vanemate poolt olid, et laps olevat viril, haiglane, halva isuga, öösel magavat halvasti ja kiristavat hambaid. Lähemal uurimisel selgus, et lapsel esines aktiivne kopsutuberkuloos, mida polnud varem diagnoositud.

Üsna sageli seotakse pikaajalisi subfebriliseid temperatuure kurgu-mandlitega ja terapeutide ning pediaatrite poolt avaldatakse tungivalt soovi nende eemaldamiseks. Enamikul juhtudel aga need oletused ei õigusta end, subfebrilised temperatuurid kestavad ka pärast operatsiooni. Korduvalt on selgunud, et palaviku põhjuseks oli tuberkuloosne protsess, kuigi varem selle võimalust eitati. Subfebriliteeti võime siduda mandlitega ainult siis, kui see järgneb vahetult angiinile ja patsiendil esineb selgesti väljakujunenud krooniline tonsilliit.

Kui operatiivsele ravile kuulub ainult osa kroonilisi tonsilliite, eelkõige nn. dekompanseeritud protsessid [L. A. Lukovski (11), N. A. Karpov (12)], kerkib üles küsimus, kuidas ülejäänutega toimida. Pole õige jätta neid haigusjuhte ravimata. Tuntakse veel vähe radikaalseid kirurgilisi ja konservatiivseid ravimeetodeid (tonsillotoomia, galvanokaustika, elektrokoagulatsioon, lakunotoomia, mandlikorkide väljapigistamine ja -imemine, lakuunide loputamine, ultraviolettkiired, röntgenravi, antibiootikumide lokaalne süstimine jne.), mida meie arstid tänapäeval vähe rakendavad.

Eelkõige on oluline üldine tervistav ravi organismi jõudluse tõstmise näol (karastamine, kehakultuur, sport). Medikamentoosse ravi määramisel tuleb silmas pidada asjaolu, et kroonilisele tonsilliidile kaasuvad üsna sageli allergilised nähud [B. S. Preobraženski (4), D. D. Lebedev ja J. I. Volkova (6), P. P. Sahharov (13) jt.]. Sellistel juhtudel on näidustatud desensibiliseerivad vahendid (dimedrool, kaltsium, püramidoon jt.).

Järeldused

1. Tonsillide probleem on tänapäeva meditsiinis üks aktuaalsemaid, eriti seoses angiini laialdase esinemise ja metatonsillaarsete haigestumistega. See asjaolu nõuab tähelepanu pööramist antud küsimusele nii diagnostika kui ka ravi osas.

2. Angiini diagnoositakse sagedamini, kui seda tegelikult esineb. Kaebuste puhul tuleb silmas pidada ka sesoonikatarri, farüngiiti, nak-kushaigusi (sarlakid, difteeria, gripp jt.) ja verehaigusi. Selleks tuleb oskuslikult hinnata anamnestilisi, farüngoskoopilisi ja laboratoorseid uurimise ning üldise läbivaatuse andmeid.

3. Kroonilise tonsillidi ravimise küsimusele ei tohi läheneda mehaaniliselt ega pealiskaudselt. Tonsillektomeerida tuleb ainult vastavate näidustuste puhul. Sageli on otsustamiseks vaja haige põhjalikku uurimist, dünaamilist jälgimist ja mitme eriala arstide koostööd.

4. Tonsillektoomia kõrval ei tohi unustada ka vähemradikaalseid kirurgilisi meetodeid ja mitmesuguseid üldisi (organismi tugevdamine, reaktiivsuse tõstmine, desensibiliseerimine) ning lokaalseid konservatiivseid ravivõtteid. Igal üksikul juhul tuleb määrata individuaalne ravi-meetod.

KIRJANDUS. 1. Ходяков Н. Д. Об ангилах. Рига. 1957. — 2. Преображенский Б. С. Ошибки в диагностике ангины. М., 1956. — 3. Майофис Е. М. Сборник «Здравоохранение Советской Эстонии». 5, 159—166, 1956. — 4. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями, М., 1954. — 5. Темкин Я. С. Хроническое воспаление небных миндалин. В кн. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода. М., 81—153, 1954. — 6. Лебедев Д. Д. и Волкова Е. И. Хронический тонзиллит и заболевания сердца у детей. М., 1957. — 7. Seiffert, A. Die Operationen an Nase, Mund und Hals. Leipzig, 1953. — 8. Трутнев В. К. Современное состояние проблемы ангины. В кн. Ангина и хронический тонзиллит. М., 3—15, 1955. — 9. Вульфсон С. И. Хронический тонзиллит. В кн. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. М., 303—310, 1957. — 10. Вольфович М. И. Педиатрия, 6, 35—40, 1949. — 11. Луковский Л. А. Диагностика хронического тонзиллита и клиническая классификация тонзиллитов. В сб. Тонзиллярная проблема. Днепропетровск, т. I, 29—61, 1941. — 12. Карпов Н. А. О механизме тонзиллогенных процессов. Л., 1945. — 13. Сахаров П. П. Современное состояние вопроса в области изучения природы ангины, хронического тонзиллита и их осложнений и мероприятия по борьбе с ними. Первый пленум Всесоюзного научного медицинского общества оториноларингологов. Тезисы докладов. 46—47, Л., 1957.

Об ошибках при диагностике ангины и определении показаний к тонзиллэктомии

В. Сяргава

Резюме

Современная советская медицина уделяет много внимания тонзиллярной проблеме, что вызвано частыми заболеваниями ангиной и метатонзиллярными болезнями. Это обстоятельство требует глубокого исследования этого вопроса как с точки зрения диагностики, так и лечения.

Статистические данные и клинические наблюдения показывают, что при диагностике ангины имеется некоторое преувеличение, особенно со стороны терапевтов и педиатров. При жалобах на горло наряду с ангиной следует помнить о возможности заболевания сезонным катаром, фарингитом, инфекционными болезнями (дифтерия, скарлатина, грипп и др.) и болезнями крови. В связи с этим нужно правильно оценивать данные анамнеза, фарингоскопии, общего осмотра и лабораторных исследований.

В неразрывной связи с ангиной находится проблема хронического тонзиллита. Часто ангина возникает как обострение хронического тонзиллита. Для предотвращения ангины прибегают нередко к тонзиллэктомии. Но часто и в этом случае доходят до крайности. К вопросу лечения хронического тонзиллита нельзя подходить механически и поверхностно. Тонзиллэктомии следует производить лишь при наличии соответствующих показаний (часто повторяющаяся ангина, паратонзиллярные абсцессы, метатонзиллярные заболевания). Часто для решения этого вопроса необходимо тщательное обследование больного, динамическое наблюдение и, кроме того, совместное обследование врачами нескольких специальностей. При определении показаний к операции следует иметь в виду и противопоказания к тонзиллэктомии. Гипертрофия глоточных миндалин сама по себе не является показанием к операции. При длительном субфебрилитете, причина которого не выяснена, удаление миндалин обычно не оправдывает себя.

Наряду с тонзиллэктомией можно при необходимости прибегать также к менее радикальным хирургическим методам, к способам общего лечения (укрепление организма, повышение реактивности, десенсибилизация) и местного консервативного лечения. В каждом отдельном случае следует решать индивидуально вопрос применения метода лечения.

DÜSENTEERIA KULU KLIINILISTEST ISEÄRASUSTEST KÄESOLEVAL PERIOODIL

A. Danilovits

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist, juhataja Eesti NSV teeneline teadlane, meditsiiniteaduste doktor professor F. Lepp)

Düsenteeria kliinilise iseärasusena käesoleval perioodil on üha enam pööratud tähelepanu kergete, atüüpiliste juhtude esinemisele ja haiguse tsüklilise kulu asendumisele atsüklilise, retsidiveeruva või kroonilise kuluga. Vaatamata kergemate haigusjuhtude prevaleerumisele ja palju-

dele uutele, efektiivselt toimivatele ravivahenditele on düsenteeria ravi tulemused mitteküllaldased, mida tõendavad rohked ägenemised ja retsidiivid ning haigusprotsessi muutumine krooniliseks.

Kirjanduses puudub ühtne seisukoht ja esineb rida lahkavamat düsenteeria kliiniliste iseärasuste nagu kergete, atüüpiliste haigusjuhtude kui ka ägenemiste, retsidiivide ja krooniliste düsenteeria patogeneesi, olemuse ning tekke põhjuste seletamiseks.

Kliiniliste iseärasuste ja retsidiivide tekkepõhjuse selgitamiseks uuriti käesolevas töös Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas ravil viibinud 106 ägedat ja 34 kroonilist düsenteeriahaiget, vanusega 7—65 aastat. Uuritud haigetest oli 83 (59,28%) meest ja 57 naist (40,72%). Kroonilistel düsenteeriahaigetel esines ravile saabudes haigusprotsessi ägenemine 26 juhul (76,4%).

Kõikidel juhtudel diagnoositi düsenteeria kliinilis-laboratoorsete ja epidemioloogiliste uurimiste andmete põhjal, kusjuures bakterioloogiline leid kinnitas diagnoosi 58,5 protsendil ägeda ja 17,6 protsendil haigetest kroonilise düsenteeriaga.

Vastavalt üldiste intoksikatsiooninähtude intensiivsusele jaotati ägeda düsenteeria juhud Ragoza järgi kolme rühma. Esimese haigusrühma moodustas 28 (26,41%) kõige kergemate, teise rühma 66 (62,27%) keskmiste intoksikatsiooninähtudega düsenteeriahaiget. Kolmandasse haigusrühma kuulus ainult 12 (11,32%) raskete intoksikatsiooninähtudega haiget, mis tõendab kergete ja keskmise raskusega haigusjuhtumite prevalenceerumist käesoleval perioodil.

Intoksikatsiooninähud esinesid ainult 50 protsendil esimese haigusrühma haigeist, möödudes 1.—2. haiguspäeval pärast hospitaliseerimist ning ravi. Roe normaliseerus neil haigetel keskmiselt 10. haiguspäeval. Teise rühma haigetel kestsid üldised intoksikatsiooninähud 3—4 päeva, roe normaliseerus keskmiselt 12. haiguspäeval. Kolmanda rühma haigetel kestsid üldised intoksikatsiooninähud kauem, keskmiselt 5—6 päeva, ka roe normaliseerus hiljem — kuni 15. haiguspäeval.

Jälgides uuritud haigete haigusnähtude teket ja kadumist, paranemistendentsi ning ravitulemuste püsivust üldse, eriti seoses kõrgema närvitalitluse ja organismi reaktiivsusega, märgiti käesolevas töös haiguskulg kas stadiaalseks, venivaks või retsidiveeruvaks.

Stadiaalseks nimetati haiguskulgu juhul, kui haigusstaadiumid vaheldusid seadusepäraselt, lõppedes haige kliinilise paranemise ja bakterioloogilise tervistumisega.

Veniva haiguskuul puhul oli paranemise tendents loid ja haigete enesetunne pikemat aega häiritud, tingituna reast kõrvalkaebustest, roe normaliseerus hiljem.

Juhul, kui ilmnes kalduvus haigusprotsessi uuteks ägenemisteks seoses üldseisundi, roojamissageduse ja rooja iseloomu muutustega nii ravimise perioodil kui ka anamnestilistel andmetel, nimetati haiguskulgu retsidiveeruvaks. Vastavad andmed uuritud haigete haiguskuul kohta haigusvormide ja rühmade järgi on esitatud tabelis 1.

Nagu esitatud andmetest nähtub, oli ägeda düsenteeria esimese haigusrühma haigetel haiguse kulg enamikul, s. o. 92,9 protsendil juhtudest, stadiaalne ja paranemistendents hea. Ägenemisi täheldati ravimise perioodil kahel haigel (7,1%).

Teise rühma haigetel oli haiguskulg 47 juhul (71,3%) tsükliline, üksikjuhtudel veniv (3%), 17 juhul (25,7%) retsidiveeruv haigusprotsessi ägenemistega ravimise ajal.

Kolmanda haigusrühma haigetel oli 10 juhul (83,4%) haiguskulg stadiaalne, ägenemisi esines ravimise perioodil 2 juhul.

Enamikul kroonilise düsenteeria juhtudest (91,2%) oli haiguse kulg retsidiveeruv, anamnestilistel andmetel oli tegemist korduvate retsidiivi-

dega. Ravimise perioodil täheldati haigusprotsessi ägenemisi 20,5%. Stadiaalset, tsüklilist haiguskulgu neil haigetel ei täheldatud, haiguse kulg oli pikaldane 3 juhul (8,8%).

Tabel 1

	Juhtude arv	Stadiaalne		Veniv		Retsidiveeruv	
		arv	%	arv	%	arv	%
<i>Dysenteria acuta</i>							
I	28	26	92,6	—	—	2	7,1
II	66	47	71,3	2	3,0	17	25,7
III	12	10	83,4	—	—	2	16,6
<i>Dysenteria chronica et chronica exacerbata</i>	34	—	—	3	8,8	31	91,2
Kokku	140	83		5		52	

Seega omandas haiguse kulg kroonilise düsenteeria puhul retsidiiveeru, atsüklilise iseloomu võrreldes düsenteeria ägedate juhtudega.

Kirjanduse andmed retsidiivide ja ägenemiste põhjuste kohta on vasturääkivad.

Kui Suhharjova seob retsidiive haiguse raskusega, siis Gluhhov, Tsimbler ja Dobrohotova eitavad seda.

Käesoleva töö andmetel esines kõige enam ägenemisi teise rühma haigetel (25,7%). Kergemate nähtudega esimese, kui ka raskematel kolmanda rühma haigetel esines ägenemisi raviperioodil vähem. Töö tulemuste põhjal võib asuda seisukohale, et ägenemised ravimise perioodil ja haiguse kulg ei sõltu vahetult intoksikatsiooni raskustest haiguse algul.

Osa autoreid, nagu Padalka, Feodorov, Felsen jt., on püüdnud düsenteeria kliinilisi iseärasusi ja retsidiive seletada ühe või teise düsenteeria-tekitaaja alaliigiga, kuigi ka selles suhtes on andmed lahkuminevad. Nii seovad Padalka ja Zjukov retsidiive *Bacterium dysenteriae* Flexner'i grupi mikroobidega, Feodorov ja Felsen *Bacterium dysenteriae* Sonne'ga. Ka Novgorodskaja, Birkovski ja Serebrennikova seletavad kergete, atüüpiliselt kulgevate düsenteeriajuhtude esinemist muutustega düsenteeria-tekitaajate peisaažis. Stepanov, Suhharjova jt. eitavad kliinilise kulu sõltuvust düsenteeria-tekitaajate liigist.

Ka käesoleva töö andmetel ei saanud täheldada märkimisväärset seost düsenteeria-tekitaajate liigi ja kliinilise pildi vahel. Seoses ägenemistega ei õnnestunud düsenteeria-tekitaajaid roojakülvidest isoleerida.

Danilevitš, Libov, Stepanov jt. peavad retsidiivide põhjuseks toite- ja üldise režiimi häireid nii ravi- kui ka rekonvalesentsiperioodil. Et käesoleva töö andmetel 19,4 protsendil ägeda ja 20,5 protsendil kroonilise düsenteeria juhtudest tekkisid ägenemised statsionaari tingimustes kindla toidu- ja päevarežiimi juures, lubab see asuda vastupidisele seisukohale.

Retsidiive ja ägenemisi on mõnede autorite, nagu Danilevitši, Libovi, Filatova ja Goldina poolt seletatud ristnakkustega. Selles suhtes on aga kirjanduse andmed lahkuminevad. Tsimbler, Kamenskaja, Levina ning Volgina peavad nakatumist uue serotüübiga võimalikuks, kuid nende autorite arvates ei etenda see juhtivat osa retsidiivide tekkimisel. Samuti räägivad ristnakkuse vastu Dobrohotova andmetel ägenemised individualiseeritud boksides.

Ka käesoleva töö andmetel ei saanud ägenemistel ristnakkuse võimalust praktiliselt arvestada, vaatamata sellele, et haiged viibisid üldpala-

tis. Lahtiseks jääb muidugi ägenemiste küsimus väljaspool statsionaari. Kuid siinkohal tuleb pooldada Viskovski seisukohta, et retsidiivide sagedus ise räägib reinfektsiooni vastu, sest mõned meie haiged viibisid uurimisperioodil ravil uue retsidiiviga 2—4 korda.

Dobrohhotova, Tšulkov, Beljajeva jt. peavad kroonilise düsenteeria retsidiivide ja ägenemiste tekkimises oluliseks faktoriks põhihaigusele eelnevaid või kaasnevaid haigusi. Tšulkov, Braude ja Stepanov rõhutavad soodustava momendina eriti seedeelundite haigusi ja düsfunktsioone. Gluhhov ja Tšulkov märgivad soolenugiliste ja protozoiliste invasioonide, Perets — düsbakterioosi osatähtsust.

Meil esines kaasnevaid haigusi 55,7 protsendil ägeda ja 97,2 protsendil haigetest kroonilise düsenteeriaga. Kaasnevatest haigustest esinesid sagedamini gastriit, difteeria batsillikandmine, üksikjuhtudel helmintoosid. Peale selle esines paljudel kaashaigusena krooniline bronhiit, kopsuemfüseem, arteriosklerosis jt., mis moodustasid 34,7 protsenti kaashai-guste üldarvust.

Krooniline gastriit esines 7,6 protsendil ägeda ja 44,4 protsendil haigetest kroonilise düsenteeriaga. Enamikul juhtudest oli tegemist alahappelise, üksikjuhtudel aga ülihappelise gastriidiga.

Kroonilise gastriidi kokkulangemine enamiku retsidiivide ja ägenemistega lubab pidada kroonilist gastriiti üheks atsüklilise düsenteeria kujunemist soodustavaks põhjuseks. Mao funktsiooni sekretoorne kui mootorne häire võib olla düsbakterioosi ja düsfunktsiooni põhjustavate faktorite kompleksiks ägenemiste ja retsidiivide kujunemisel.

Et helmintoose esines üksikjuhtudel, siis kindlaid seaduspärasusi nende seoses haiguskuluga ei ilmnenu.

Vähem selge on seos teiste kaasnevate haigustega. Märkimisväärne on siiski nende rohke esinemine kroonilise düsenteeria puhul, millal esines kaasnevaid haigusi 41,5 protsenti rohkem kui ägeda düsenteeria juhtudel.

Rohkete kaasnevate haiguste kõrval on vaja rõhutada üld- ja toitumusseisundi langust ning düstroofilisi muutusi haigetel korduvate retsidiividega. Toitumusseisundi langus, alimentaarne düstroofia ja üldine kurnatus kuuluvad faktorite kompleksi, mis võiksid soodustada atsüklilise düsenteeria kujunemist. Kirjanduse andmetel asuvad mitmed autorid, nagu Gluhhov, Berlin, Halfen ja Viskovski, samal seisukohal.

Märkimisväärne on, et kõrgema närvitalitluse häired esinevad sageli retsidiividega ja ägenemistega kulgevatel düsenteeriajuhtudel. Enamikul neist haigetest esinesid kõrgemas närvitalitluses erutus- ja pidurdusprotsesside nihked. Kliiniliselt olid need haiged psüühiliselt labiilsed, kergesti erutuvad ja neil esinesid raskesti kupeeritavad unehäired.

Eespooltoodud andmete põhjal võib konstateerida, et atsüklilise düsenteeria kujunemise põhjuseks pole üks või teine faktor üksikult ja isoleeritult, vaid et siin võib arvestada soodustavate faktorite summat ehk põhjuste kompleksi. Vahel etendab üks või teine faktor enam või vähem tähtsat osa, kusjuures põhiliseks on nende soodustavate faktorite organismi reaktiivsust nõrgendav toime, milles juhtivat kohta omavad kõrgema närvitalitluse funktsionaalse tasakaalu nihked.

Käesoleva töö andmetel esinevad antud perioodil ülekaalus kerged ja keskmise raskusega düsenteeriajuhud. Vaatamata sellele täheldati haiguse atsüklilist ja retsidiiveeruvat kulgu 19,8 protsendil ägeda ja 91,2 protsendil kroonilise düsenteeria juhtudest. Haiguse tsükliline, stadiaalne kulgu esines ägeda düsenteeria puhul ainult 78,4 protsendil haigetest. Kliinilise pildi varieeruvust ja haiguse kulu iseärasusi tuleb arvestada düsenteeria diagnostikas.

Et haigusprotsessi formeerimise põhifooniks on organismi reaktiivsuse seisund, siis loeme ravile suunamisel eelkõige oluliseks nende fakto-

rite ja patoloogiliste sümptomide kompleksi likvideerimist, mis nõrgestavad organismi kaitsevõimet, soodustades atsüklilist, retsidiveeruvat düsenteeriat.

KIRJANDUS. 1. Беляева Е. Д., Педиатрия, 2, 25, 1947. — 2. Берлин Л. Б., Хронические колиты, М., 1951. Вopr. патог. органов пищеварения, М., 1951. — 3. Бирковский В. И., Серебrenникова В. М., Ж. микробиол., эпидемиол. иммунобиол., 4, 47, 1952. — 4. Висковский С. В., Клинич. медицина, 12/116, 1945, 3, 6, 1946. — 5. Брауде И. П., Клинич. медицина, 7—8, 16, 1944. — 6. Глухов К. Т., Бациллярная дизентерия, М., 1951. — 7. Данилевич М. Г., Сб. Дизентерия-колиты-сальмонеллезы у детей, М., 1949. — 8. Доброхотова А. И. Дизентерия, М., 1956. — 9. Зюков А. М., Врачебное дело, 1, 85, 1949. — 10. Каменская И. Н., Левина Л. М., Волгина Л. Е., Дизентерия, М., 1956. — 11. Либов А. Л., Бактериальная дизентерия у детей, М., 1955. — 12. Новгородская Э. М., Ж. микробиол., эпидемиол., иммунобиол., 4, 15, 1951. — 13. Падалка Я. Б., Дизентерия, 1955. — 14. Перец Л. Г., Дизентерия, М., 1956. — 15. Рагоза Н. И., Вопросы кишечных инфекций, 1949. — 16. Степанов П. Н., Хроническая дизентерия, 1946. — 17. Сухарева М. Е., Советская медицина, 2, 16, 1947. — 18. Феодоров Е. А., Ж. микробиол., эпидемиол., иммунобиол., 5—6, 93, 1941. — 19. Филатова З. В., Голдина М. Б., Сб. Дизентерия-колиты-сальмонеллезы у детей, М., 1949. — 20. Халфен Ш. С., Затяжные и хронические поносы. Баку, 1947. — 21. Цимблер И. В., Педиатрия, 3, 20, 1952. — 22. Чулков П. С., Докторская диссертация, Л., 1948. — 23. Felsen, J., Bacillary dysentery, colitis and enteritis. Philadelphia-London, 1945.

О КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ДИЗЕНТЕРИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

А. Данилович

Резюме

В литературе не имеется общепринятого мнения о причинах клинических особенностей дизентерии. Нами исследовались 106 больных острой и 34 хронической дизентерией, находившихся на лечении в Тартуской городской клинической инфекционной больнице. Возраст больных от 7 до 65 лет. Диагноз дизентерии был установлен на основании клинико-лабораторных и эпидемиологических исследований. Бактериологическое исследование подтвердило диагноз в 50,0% случаев острой дизентерии и в 17,6% случаев хронической дизентерии.

По интенсивности явлений интоксикации больные острой дизентерией были разделены по принципу Рагозы на 3 группы.

На основании появления и исчезновения симптомов болезни, тенденции к выздоровлению и результатов лечения в связи с реактивностью организма и высшей нервной деятельностью течение болезни было названо стадийным, затяжным или рецидивирующим.

По данным работы, в настоящее время преобладают случаи дизентерии с легким или средним по тяжести течением болезни. Но все же в 19,8% случаев острой и в 91,2% случаев хронической дизентерии было отмечено ациклическое рецидивирующее течение, тогда как циклическое, стадийное течение наблюдалось в 78,4% случаев острой дизентерии.

В диагностике дизентерии необходимо считаться с особенностями клинической картины и течения болезни, чтобы иметь возможность применять наиболее эффективные профилактические меры и улучшить прогноз.

Автор приходит к выводу, что причиной развития ациклической дизентерии является не какой-либо один фактор, а наличие различных факторов, ослабляющих реактивность организма, причем особое значение имеет сдвиг функционального равновесия высшей нервной деятельности.

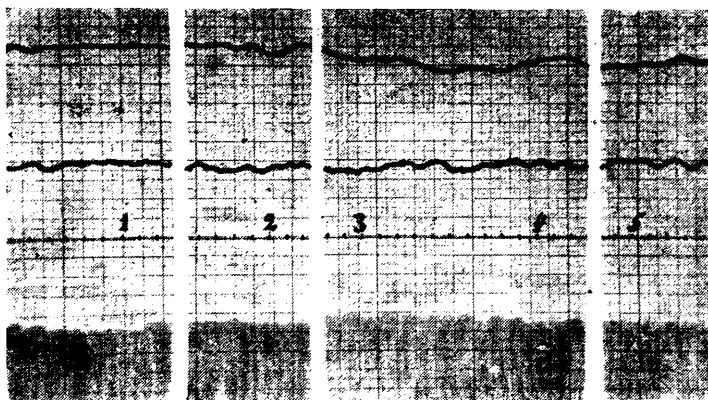
Arteriaalse rõhu muutumisest seoses distantstretseptorite ärritusega operatsioonieelsel perioodil

A. Rulli,

dotsent, meditsiiniteaduste kandidaat, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üldkirurgia kateedri juhataja

Saabunud kirurgilisse statsionaari, satub haige enamikul juhtudest uude, temale seni tundmata olukorda. Vesteldes kaashaigetega ja haigla personaliga saab ta andmeid oma haiguse kohta, mis sageli on vastukäivad tema senistele tõekspidamistele.

Esinevad väga mitmesugused ärritused, mis häirivad normaalset suuraju koore talitlust. On teada, et suuraju koore närvitalitluse normaalse vahetkordade häirimise, positiivsete ja negatiivsete ärrituste kokkupõrke, emotsioonide, tingitud reflekside ümberkujundamise ja teiste toimefaktorite tagajärjeks on tavaliselt arteriaalse rõhu järsk tõus ja veresoonte labiilsus [M. Goldenberg (1), G. Kats (2), N. Malkova (3), V. Gavlitšek (4), J. Koptjova ja S. Kaplun (5), A. Strahhov (6), V. Tšernigovski ja A. Jaroševski (7) jt.]. Pärast tõusu võib arteriaalne rõhk suhteliselt kiiresti langeda esialgsele tasemele, kuid võib jääda ka kõrgeks pikema aja kestel.



Joonis 1. Rõhu langus pideva automaatse arteriaalse rõhu registreerimise algul. (Rõhk registreerimise algul 145/70 mm, neljandal minutil arvates registreerimise algusest 125/70 mm Hg). Kõverad (ülalt alla): süstoolne rõhk, diastoolne rõhk, aeg (6 sek.). Numbrita on märgitud aeg minutites arvates registreerimise algusest.

Ka operatsioonieelsel perioodil võib arteriaalse rõhu mõõtmise tavalist meetoditega väga sageli sedastada kõrgeenenud rõhku, mis nagu seda näitab täpsem uurimine, on põhjustatud peamiselt veresoonte labiilsusest. Operatsioonieelsel perioodil peegelduvad arteriaalse rõhu muutustes haige psüühilised elamused ja rõhu muutuste iseloomust võib teha mõningaid järeldusi haige närvisüsteemi seisundi kohta.

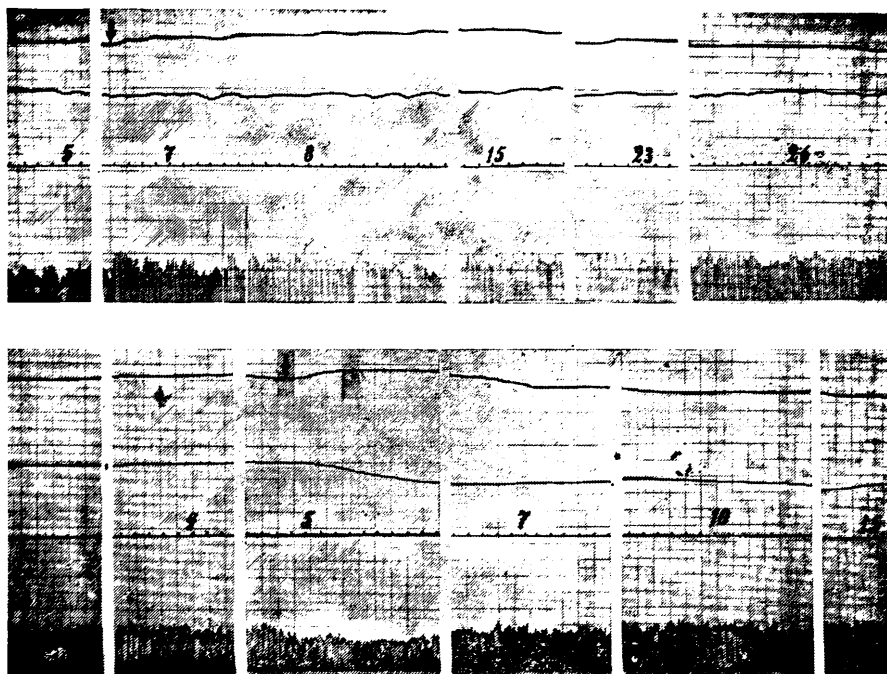
Autor uuris arteriaalse rõhu muutusi operatsioonieelsel perioodil Korotkovi tsoonmeetodi ja arteriaalse rõhu pideva automaatse registreerimise meetodi abil autori poolt konstrueeritud tonointervallograafiga.

Arteriaalset rõhku mõõdeti Korotkovi toonmeetodi abil 168 haigel.

Haige statsionaari saabumisele järgneval hommikul mõõdeti arteriaalset rõhku korduvalt, kuni haige täieliku rahunemiseni. Rõhkude võrdlemisel võeti aluseks viimasel mõõtmisel saadud andmed, mis tavaliselt osutusid pisut madalamaks esimestel mõõtmistel saadud andmetest. Pärast rõhu mõõtmist hakati haigega vestlema eelseisvast ravist, taotle-

des tema nõusolekut operatsiooniks. Vestluse lõpul mõõdeti rõhku uuesti. Kahe mõõtmise vaheaeg oli umbes 5 minutit.

Vestluse kestel tõusis arteriaalne rõhk enamikul haigetest märgatavalt (10—20 mm). Rõhk kõrgenes 68 protsendil uuritavatest, ei muutunud 18 protsendil ja langes madalamale kui eelmistel mõõtmistel 14 protsendil juhtudest. Arteriaalse rõhu langust seoses vestlusega täheldati peamiselt haigetel, kellel vestluse päeval vererõhk oli kõrgem kui hilisematel mõõtmistel.



Joonis 2. Arteriaalse rõhu muutused seoses vestlusega eelolevast operatsioonist. Ülal muutuste esimene, all kolmas tüüp. Kõverad (ülalt alla): süstoolne rõhk, diastoolne rõhk, aeg (6 sek.), pulsiajad ordinaatidena. Numbritega on märgitud aeg minutites, arvates registreerimise algusest. Noolega on märgitud vestluse algus.

Koos arteriaalse rõhu muutustega võis sedastada muutusi ka pulsi sageduses ja amplituudis, enamasti toimus see rööbiti muutustega arteriaalses rõhus. Arteriaalse rõhu tõustes pulsi amplituud tavaliselt suurenes.

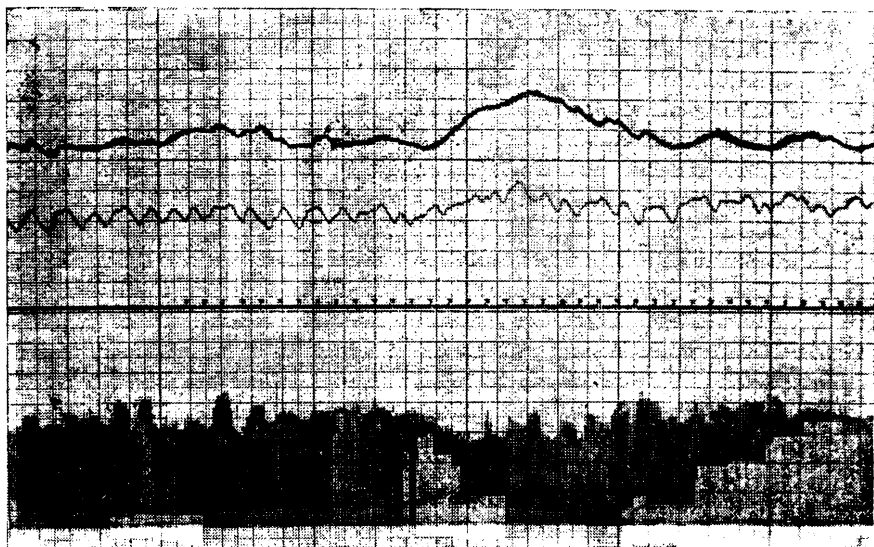
Mõõtes arteriaalset rõhku operatsioonieelsel päeval, oli leid umbes sama kui pärast vestlemist eelolevast operatsioonist. Rõhk püsis endisel tasemel 16 protsendil, oli kõrgenenud 71 protsendil ja oli madalam kui haiglasse saabumisel 13 protsendil haigetest. Umbes samasugust vahetust võis täheldada ka arteriaalse rõhu mõõtmistel operatsioonilaul vahetult enne operatsiooni algust.

Toodust jääb mulje, nagu tõuseks arteriaalne rõhk enamikul haigetest seoses vestlemisega operatsioonist ja jääks kõrgenenuks kogu ettevalmistusperioodi vältel. Registreerimised tonointervallograafia aga näitavad, et see leid tuleb panna erutus seisundist tingitud vereringe labiilsuse arvele.

Alustades arteriaalse rõhu registreerimist tonointervallograafia rahulikult lamaval haigel, võib sedastada registreerimise algul rõhu langust (joon. 1). Rõhu langus kestab mõni minut, sellele järgnevalt rõhk stabiliseerub, jäävad vaid tavalised teise ja kolmanda järgu vererõhu lained.

Rõhu langemist seoses registreerimise algusega tuleb seletada sellega, et aparaadi töötamine erutab haiget, tekitades arteriaalse rõhu tõusu, aparaadi korrapärasel töötamisel haiged aga rahunevad ja arteriaalne rõhk laskub tagasi normaalsele tasemele.

Pärast vererõhu ja pulsisageduse stabiliseerumist hakati haigega vestlema eelseisvast operatsioonist. Vestluse ajal arteriaalne rõhk tõusis, enamikul juhtudest 20—30 mm, üksikjuhtudel aga kuni 50 mm Hg ja enam. Rõhk tõusis suhteliselt kiiresti. Tõusule järgnes langus, mille kestel rõhk lähenes esialgsele tasemele, või langes sellest veelgi madalamale. Paljudel juhtudel saavutati esialgne tase juba esimeste minutite jooksul, esines aga ka juhtumeid, kus rõhk püsis kõrgel pikemat aega. Põhiliselt võis eraldada kolme arteriaalse rõhu muutuse tüüpi.



Joonis 3. Arteriaalse rõhu intensiivne võnkumine ilma välise ärrituseta. Võnkumise ulatus kuni 40 mm Hg. Kõverad (ülalt alla): süstoolne rõhk, diastoolne rõhk, aeg (6 sek.), pulsiajad ordinaatidena.

Esimese tüübi puhul (joon. 2 ülal) jäi arteriaalne rõhk kogu vestluse vältel ja isegi kauemaks püsima kõrge tasemele ja langes siis aeglaselt, kusjuures võis esineda ka ulatuslikke võnkumisi. Esialgse taseme saavutamiseks kulus sageli pool tundi ja enam. Seda arteriaalse rõhu muutumise tüüpi võis täheldada kõige sagedamini.

Teise tüübi puhul langes arteriaalne rõhk pärast järsku tõusu tagasi esialgsele tasemele juba 1—2 minuti vältel ja jäi püsima suhteliselt stabiilsena kogu vestluse kestel. Vererõhu teise ja kolmanda järgu lained olid selle tüübi puhul tavaliselt väikesed.

Kolmanda muutuste tüübi puhul järgnes esialgsele järskule rõhu tõusule selle langus, mis viis arteriaalse rõhu võrdlemisi kiiresti esialgsest tasemest madalamale. Rõhk püsis madalamana kogu vestluse kestel ja isegi kauem, hakates siis aeglaselt lähenema esialgsele tasemele (joon. 2 all).

Koos arteriaalse rõhu tõusuga suurenes tavaliselt ka pulsi amplituud. Rõhu langedes pulsi amplituud vähenes, kuid mitte võrdeliselt rõhu langusega. Pulsi amplituud jäi suurenenuks ka siis, kui süstoolne rõhk oli saavutanud oma esialgse taseme, sest diastoolse rõhu langus osutus suhteliselt suuremaks süstoolse rõhu langusest. Näht, mis esineb emotsionaalsete seisundite puhul [G. Kats (2)].

Pulsisageduse muutused olid suhteliselt väikesed, seepärast peab järelutama, et operatsioonieelsel perioodil sõnalisest ärritusest tingitud arteriaalse rõhu muutused on põhjustatud peamiselt südame löögimahu muutumisest, sest takistuse muutudes perifeerses vereringes väheneks pulsi amplituud [G. Konradi (8), Böger ja Wezler (9) jt.].

Arteriaalse rõhu muutuste tüüpe võib täheldada kogu operatsiooni ettevalmistamise perioodi jooksul kui ka operatsioonilaul. Väärib märkimist, et samal isikul arteriaalse rõhu muutuste tüüp seoses sõnalise ärritajaga on suhteliselt püsiv ja reaktsioonid samale ärritajale samades tingimustes on sarnased. Erinevates tingimustes, eriti aga siis, kui haiged kardavad operatsiooni, võivad vastusena samale ärritusele esinevad arteriaalse rõhu muutused olla erinevad.

Arteriaalse rõhu võrdlemisi ulatuslikke võnkumisi võib sedastada ka siis, kui haige lamab rahulikult, ilma et teda millegagi häiritaks. Need muutused ei ole seoses otsese retseptorite ärritusega ja neid tuleb vaadelda kui kõrgemast närvitalitlusest tingitud (joon. 3). Oma iseloomult sarnanevad need arteriaalse rõhu võnkumised eespoolkirjeldatud teist tüüpi muutustega.

Distsantsretseptorite ärritusest põhjustatud arteriaalse rõhu muutusi esineb ka operatsiooni kestel ja operatsioonijärgsel perioodil. Ka need muutused sarnanevad eespoolkirjeldatutega. Võis täheldada, et vestlus möödunud ravi käigust ja ebameeldivate momentide meenutamine põhjustas sageli ulatuslikke arteriaalse rõhu muutusi. Tuleb märkida, et haigetel, kellede ravi kulges normaalselt ja kes ravi kestel olid rahulikud, usaldades end täielikult arsti hoole alla, põhjustas vestlus möödunud ravi käigust võrdlemisi väikesi muutusi arteriaalses rõhus. Haigetel, kes suhtusid ravis umbusaldusega, või kelle ravi kulg oli komplitseeritud, olid arteriaalse rõhu muutused seoses ravi meenutamisega ulatuslikumad.

Operatsioonieelsel perioodil distantsretseptorite poolt esilekutsutud arteriaalse rõhu muutused on sageli väga ulatuslikud, nende jälgimine on aga võimalik ainult pideval arteriaalse rõhu määramisel. Arteriaalse rõhu võnkumised, mis toimuvad operatsioonieelsel perioodil distantsretseptorite ärrituse tulemusena, sarnanevad rõhu võnkumistega, mis esinevad paikse tuimastusega teostatavatel operatsioonidel kontaktretseptorite ärrituse tulemusena. On põhjust arvata, et jälgides arteriaalse rõhu muutusi operatsioonieelsel perioodil, võib ette näha ka arteriaalse rõhu muutuste iseloomu operatsiooni kestel.

KIRJANDUS. 1. Гольденберг М. А. Гипертония и психика. Труды всесоюзного совещания по гипертонической болезни, 1947. — 2. Кац Г. Л. Клинич. медицина, 1950, 12. — 3. Малкова Н. Н. Влияние некоторых эмоций на кровяное давление. Труды АМН СССР, XX, М., 1952. — 4. Гавличек В. А. Изменение уровня кровяного давления при различных функциональных состояниях коры больших полушарий у собак. — 5. Коптева Е. Г. и Каплун С. Я. Ж. высш. нервн. деят. т. II, 1952, 5. — 6. Страхов А. Е. Ж. высш. нервн. деят. т. I, 1951, в. 4. — 7. Черниговский В. Н. и Ярошевский А. Я. Ж. высш. нервн. деят. т. II, 1952, в. I. — 8. Конради Г. П. Кровообращение из кн. Учебник физиологии под редакцией К. М. Быкова. М., 1955. — 9. Böger u. Wezler. Ergebnisse der Physiologie Bd 41, 1933.

Об изменении артериального давления в связи с раздражением дистанцрецепторов в предоперационном периоде

А. Рулли

Резюме

Результаты измерения артериального давления по методу Короткова и методу непрерывной автоматической регистрации его позволяют утверждать, что беседа врача с больным о предстоящей операции в большинстве случаев вызывает у больного повышенное артериальное давление.

При непрерывной регистрации артериального давления во время беседы с больным автор отмечал три типа измерения.

При первом типе артериальное давление повышалось и оставалось повышенной за все время беседы, колеблясь при этом большей или меньшей амплитудой. При втором — за резким повышением давления следовало в такой же степени его снижение, после чего артериальное давление стабилизировалось на прежнем уровне. При третьем типе же давление после небольшого повышения падало ниже исходного уровня и оставалось ниже его на протяжении всей беседы.

В связи с повышением артериального давления можно заметить увеличение амплитуды пульса, а с понижением его — уменьшение амплитуды. При этом частота пульса мало изменяется.

Эти наблюдения позволяют сделать вывод, что причиной изменения артериального давления, вызванного словесным раздражением в предоперационный период, являются в основном изменения ударного объема сердца.

Тип изменения артериального давления при равных условиях является неизменным, но при встречающихся различных условиях в ответ на то же раздражение возможны различные изменения артериального давления.

Надо полагать, что, наблюдая за изменениями артериального давления в предоперационный период, можно до некоторой степени предвидеть также и характер изменений давления во время операции.

Arteriograafia rakendamisest oblitereeruva endarteriidi diagnoosimisel

A. Linkberg

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, juhataja professor A. Linkberg),

E. Tünder

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst M. Eitelberg)

Jäsemete arterite patoloogiliste protsesside diagnoosimisel on arteriograafial suur tähtsus. Kaua aega takistas arteriograafia levikut kontrastaine puudumine, mis ei avaldaks kahjustavat toimet organismisse.

Käesoleva sajandi algul kasutati arteriograafias peamiselt kontrastseid õilahuseid intraarteriaalseks süstimiseks [Alvers, Franck, Sicard (Tetelbaumi järgi)]. Pärast õilahuste süstimist esinesid aga sageli komplikatsioonina gangreen ja mõnikord isegi surmajuhtumid.

Alates 1923. aastast võeti kasutusele joodi ja broomi halogeensed vesilahused [Goljanitski, Krestovski, Hirsch, Berberich (Tetelbaumi järgi)]. Ka joodi ja broomi ning strontsiumi kontrastsete vesilahuste kasutamine ei olnud sageli komplikatsioonide tõttu edukas.

Jäsemete veresoonte kahjustuste diagnoosimisel hakkab arteriograafia laialdaselt levima alates 1930-ndatest aastatest seoses orgaaniliste joodilahuste, nagu uroselektaani, abrodiili, sergosiini jt. kasutusele võtmisega.

Tartu Ülikooli II haavakliinikus kasutas 1930. aastal esimesena arteriograafiat professor A. Linkberg jäseme amputeerimise koha kindlaksmääramisel. Kontrastainena rakendati abrodiili.

Sgalizer ja Demel kasutasid edukalt oblitereeruva endarteriidi diagnoosi täpsustamisel arteriograafiat, tarvitades kontrastainena uroselektaani.

1939. aastal kirjeldab E. G. Tetelbaum 24 oblitereeruvat endarteriiti põdeva haige arteriogrammi; kontrastaineks kasutas autor sergosiini 40-protsendilist vesilahust.

Seoses sergosiini vesilahuse laialdasema rakendamisega arteriograafias selgus, et pärast nimetatud kontrastaine intraarteriaalset süstimist võib tekkida jäseme gangreen.

Nii kirjeldab A. M. Šabanov nelja gangreenijuhtu jalgadel, mis tekkisid sergosiini arterisisese süstimise tagajärjel.

Samuti täheldati ka meie haiglas 1949. aastal ühte gangreenijuhtu, mis tekkis pärast arteriograafiat. Ülalnimetatud komplikatsiooni tõttu loobuti meil sergosiini 40-protsendilise vesilahuse intraarteriaalsest kasutamisest.



Arteriogramm nr. 1.



Arteriogramm nr. 2.

Hilisematest töödest (M. S. Troupjanski, L. D. Zaslavski, Bruck jt.) aga selgub veel, et sergosiini süstimine arterisisese on valulik, mille tõttu need autorid on kasutanud arteriograafia puhul kerget narkoosi.

1955. a. kirjeldab V. S. Kostin 75 arteriograafiajuhtu, kus ta kasutab 40-protsendilist sergosiinilahust 1-protsendilises novokaiinilahuses, mille süstimine ei tekita valureaktsiooni.

Viimastel aastatel on arteriograafia indikatsioonid veelgi laienenud, sest reiearterite segmentaarsete obliteratsioonide puhul soovitatakse kasutada arterite transplantatsiooni.

Enne operatsiooni on arteriograafia väga vajalik uurimismeetod. Selle abil saame täpselt välja selgitada arteri seinas esinevate orgaaniliste muutuste ulatuse ja umbumise koha.



Arteriogramm nr. 3.



Arteriogramm nr. 4.

Nii on angiograafia laialdase arenguga viimasel ajal kasutusele võetud mitu uut kontrastainet, mis on organismile kahjutud ja ei tekita tugevat valureaktsiooni. Sellise ainega on tuntud kardiotrast, mis keemiliselt koostiselt on dietanoolamiin—3,5 dijood—4 püridoon—N-äädik-
happe sool.

Arvestades kardiotrasti eeliseid oleme kasutanud Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas arteriograafias kontrastainena kardiotrasti 50- ja 70-protsendilist lahust.

Arteriograafia tehnika on järgmine. *Ligamentum inquinale* kohal palpeeritakse välja reiearter, millesse viiakse perkutaanselt nõel jämedusega 0,7—0,8 mm. Enne kontrastaine süstimist viiakse arterisse 4—5 ccm 1-protsendilist novokaiinilahust valureaktsiooni täielikuks väljalülitamiseks. Pärast seda manustatakse sama nõela kaudu 5—6 ccm kardiotrasti 70-protsendilist lahust 3—4 sekundi jooksul. Ülesvõtte tehakse süstamise lõpul vajaduse kohaselt kas reie või sääre vastavast osast.

Neljal haigel ei õnnestunud arteriograafia. Perkutaansel manustamisel sattus kontrastaine periarteriaalselt. Haiged kaebasid sel puhul valude üle süstamise piirkonnas. Vastavasse piirkonda tehti novokaiiniblokaad; pärast seda valud vähenesid. Patsientidel esines aga samal õhtul subfebrilne temperatuur. Järgmisel päeval patsientide enesetunne oli hea ja süstamise kohal ärritusnähte ei esinenud. Protseduuri korralti pärast 2—3 päeva möödumist vastavalt vajadusele.

Oblitereeruv endarteriit jaotatakse haiguse kliiniliste sümptomide ja jäsemete veresoontes esinevate anatoomiliste muutuste järgi peamiselt kolme staadiumi.

Esimesse kliinilisse staadiumi kuuluvad haiged, kellel esinevad jäsemeveresoonte funktsionaalsed häired.

Teise kliinilisse staadiumi kuuluvate haigete jäsemeil on troofilised muutused.

Kolmandasse kliinilisse staadiumi kuuluvad algava ja väljakujunenud gangreeniga haiged.

Säärast haiguse kliinilise kulu klassifikatsiooni kasutatakse ka Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas.

Käesoleval aastal haiglas ravimisel viibinud 30-l oblitereeruva endarteriidiga haigel tehti 34 arteriogrammi, millede analüüs toimus vastavalt haiguskulu kolmele staadiumile. Nendest kuuluvad esimesse staadiumi seitse algava oblitereeruva endarteriidiga haiget. Haiguse anamnees oli neil kuni üks aasta. Kaebusteks olid: jalgade külmetamine ja käimisel valud säärelihastes. Objektiivselt olid jalalabad võrreldes sääre- ja reieosaga jahedad. *Arteria dorsalis pedis*'e pulss oli nõrgalt palpeeritav või isegi puudus. Ostsillograafiliste indeksite suhe sääre/õlavars¹ oli alla ühe.

Arteriogrammidest nähtus, et esimese staadiumi haigetel olid arterite seinad siledad, soone seina orgaanilistele muutustele iseloomulikke tunnuseid ei esinenud. Reiearteril oli näha vähe kollateraale. Arteri peatüve valendiku läbimõõt oli ühtlane (vaata arteriogramm nr. 1).

11 haigel diagnoositi kliiniliselt endarteriidi teist staadiumi. Haiguse kestus oli neil üle 2 aasta. Käimisel tekkisid haigetel valud säärelihastes; *claudicatio intermittens*'i sümptoom oli positiivne. Objektiivselt täheldati atroofianähte jalgadel: haigusprotsessist tugevamini haaratud jäse oli peenem kui tervem jäse. *Arteria dorsalis pedis*'e ja *arteria poplitea* pulsid ei olnud palpeeritavad. Ostsillograafiliste indeksite suhe — sääre/õlavars oli null. Arteriogrammidel esinesid arteri seina orgaanilistele muutustele iseloomulikud tunnused. Arteri sein (peamiselt *intima*) oli ebaühtlane,

¹ Ostsillograafiliste indeksite suhte arvutamisel jagatakse sääre ostsillograafilise indeks õlavarre ostsillograafilise indeksiga.

Tervetel inimestel on säärtel ostsillograafiliste indeksite absoluutsete väärtuste individuaalsed erinevused küllalt suured (6—20 mm), mille tõttu on soovitatav kasutada ostsillogrammide analüüsimisel ostsillograafiliste indeksite suhet (s. o. samal isikul võrrelda sääre ostsillograafilist indeksit õlavarre ostsillograafilise indeksiga). Nii näiteks tervetel inimestel, kelle ostsillograafilised indeksid säärtel on väikesed, esinevad ka ostsillograafiliste indeksite madalad väärtused õlavartel, ning suhte arvutamisel saame selle väärtused tavaliselt 1-st — 1,5-ni. Oblitereeruva endarteriidiga haigetel on kirjeldatud suhte väärtused alla ühe ning lähenevad sageli nullile.

arteri valendik oli kohati kitsenenud. Ahenenud kohtadest ülalpool asuvad kollateraaliid olid tugevasti laiinenud ja spiraalikujulised. Vanematel patsientidel võis näha lubinaaste arteri seintes (vaata arteriogramm nr. 2).

Kolmandasse staadiumi kuuluvale 12-le haigele tehti 16 arteriogrammi. Haiged tulid ravile püsivate valude tõttu jäsemes. Enamikul esinesid valud öösel. Käia said nad vaevaliselt kepiga 100—200 m. Gangreenihaiged ei saanud valude tõttu käia. Objektiivselt olid jalalabad sinakad; suure varba küüs oli tugevasti paksenenud. Võrreldes reieosaga olid jalalabad tunduvalt külmemad (t° ei saanud lokaalselt mõõta tehnilistel põhjustel). *Arteria dorsalis pedis*'e, *arteria tibialis post.* ja *arteria poplitea* pulsids ei olnud palpeeritavad. *Arteria femoralis*'e pulss oli palpeeritav. Ostsillograafilised indeksid olid reie- ja sääreosas null.

Arteriograafiliselt sedastati kõikidel haigetel reiearteri peatüve umbumist reie ülemises, keskmises või alumises kolmandikus.

Nagu näeme kirjanduse ja meie andmetest, umbub reiearter segmentaarselt. Nimelt on reiearter sulgunud enamasti reie keskmises ja alumises kolmandikus. Sealjuures on *arteria poplitea*, *arteria tibialis anterior* ning *posterior* verele läbitavad. Tavaliselt väljuvad arteri peatüve umbumiskohast proksimaalsemalt või selle lähedalt tugevad väänilised, korgitõmbajakujulised kollateraaliid, mis suunduvad alla põlve ja sääre piirkonda. Allpool umbumise segmenti ühinevad nad sama arteri peatüve või selle harudega. Gangreeni väljaarenemine jalalabal oleneb reiearteri segmentaarse obliteratsiooni ulatusest ja kollateraalse vereringe väljaarenemisest.

Oblitereeruva endarteriidi kolmandas staadiumis tuleb kõikidel haigetel arvesse amputatsioon reiepiirkonnas. Gangreeni täielik väljakujunemine sõltub kollateraalsest vereringest. Nimetatud haigetel võib saavutada konservatiivse raviga lühiajalist efekti. Viimasel aja on vastavalt haige üldseisundile mitmed autorid (A. N. Filatov, K. J. Litmanovitš, J. N. Danilov, Kautzki, Brussatis jt.) katsunud veene ja artereid transplanteerida. Arterite transplanteerimisega on saadud 50 protsenti rahuldavaid tulemusi. A. N. Filatovil ja tema kaastöölistel on selle operatsiooni tulemused tunduvalt paremad kui välismaa autoritel. Nii tuleks sellesse rühma kuuluvatel haigetel arvesse arteri või veeni transplantatsioon, sest enamikul haigetel on tegemist segmentaarse obliteratsiooniga reiearteri alumises kolmandikus, kusjuures *arteria poplitea* ja säärearterid on aga verele läbitavad (vaata arteriogramm nr. 4).

Eesti NSV kliinikutes ja haiglates ei ole veresoonte transplantatsiooni seni kasutatud. Viimasel ajal aga leiab Leningradi, Moskva ja ka välismaa kliinikutes nimetatud ravimeetod ühe laialdasemat rakendamist. Nagu selgub käesolevast tööst, tuleks ka meie kliinikutes enam rõhku panna veresoonte transplantatsioonile arterite segmentaarsete obliteratsioonide ravimisel. Selleks aga on vaja suuremate raviautuste juures luua veresoonte konserveerimise võimalusi transplantaatide pikemaajaliseks säilitamiseks. Veresoonte konserveerimine võimaldab kasutada homotransplantaate ja muudab seega kasutatavad transplantaadid alati kättesaadavaks.

Kokkuvõte

1. Arteriograafia rakendamine oblitereeruva endarteriidi diagnoosimisel ja ravimeetodite valikul on tähtsamaid diagnostilisi abivahendeid.
2. Arteriograafia puhul on soovitatav kasutada kardiotrasti, sest see on vähem valulik ja ei tekita arteri ümbrusse sattumisel komplikatsioone.
3. Arteriograafia võimaldab kindlaks määrata jäsme arterite orgaaniliste muutuste ulatuse, mille järele saab otsustada operatiivse ravi näidustuste üle.

4. Reiearteri segmentaarse obliterationatsiooni puhul on arteriograafia abil võimalik selgitada obliterationatsiooni ulatust ja arteri seina kahjustust (mis on eriti vajalik enne arterite transplantatsiooni).

KIRJANDUS. 1. Тетелбаум Е. Г. Артериография в клинике облитерирующего тромбангита. Л., Изд. Ленинг. мед. ин-та, 1939. — 2. Linkberg, A. Vasograafia ja selle kirurgiline tähtsus. Eradotsendi loeng 1930. a. — 3. Sgalizer, M. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1937, Bd. 56, S. 387—404. — 4. Шабанов А. Н. Хирургия 1950, 4, 49—52. — 5. Троупянский М. С. Хирургия 1950, 9, 54—61. — 6. Заславский Л. Д. и Абрикосов С. Х. Вестник хирургии им. Грекова 1951, 1, 32—34. — 7. Брук М. А. и Вильянский М. П. Хирургия 1951, 2, 51—57. — 8. Костин Н. С. Хирургия 1955, 1, 32—37. — 9. Филатов А. Н., Литманович К. Ю. и Данилов Е. М. Вестник хирургии им. Грекова 1958, 9, 90—99. — 10. Kautzky, R. und Brussatis, Fr. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1956, Bd. 283, N. 4, S. 375—427.

О ПРИМЕНЕНИИ АРТЕРИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИТА

А. Линкберг и Э. Тюндер

Резюме

Применение артериографии для диагностики и выбора метода лечения при облитерирующем эндартерите является важным мероприятием. Для артериографии желательно применять кардиодрост. Применение его мало болезненно и при попадании в окружность артерии не вызывает гангрены конечности.

Артериография позволяет определить степень органических изменений в артерии конечности, в зависимости от чего определяются показания к оперативному лечению.

При сегментарной облитерации бедренной артерии артериография дает возможность определить степень облитерации и повреждения стенки артерии, что особенно необходимо делать до гомотрансплантации артерии.

Мелкие млекопитающие и их эктопаразиты в связи с изучением болезней с природной очаговостью в Эстонской ССР*

А. Дайтер, А. Кужильный

При изучении краевой эпидемиологии и эпизоотологии болезней с природной очаговостью первостепенное значение приобретает познание фауны, биологии и экологии животных и их эктопаразитов как основных компонентов природных очагов.

Естественно, что без знания видового состава, биологических и экологических особенностей природных резервуаров той или иной инфекции невозможно правильное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В Эстонской ССР изучение млекопитающих, насекомых и клещей также имеет весьма существенный интерес, так как они могут явиться причиной в поддержании очагов таких болезней, как туляремии, лептоспирозов, клещевого энцефалита и др.

Основой настоящего сообщения явились данные, полученные нами за период с 1952 г. по 1957 г. и некоторые опубликованные материалы других авторов.

В настоящее время на территории Эстонской ССР установлено наличие 51 вида наземных млекопитающих (Х. Линг и К. Паавер, 1952; Дайтер и Мединский, 1956). Из них к отряду грызунов принадлежит 19 видов и насекомоядных — 5.

Эпидемиологическое значение мелких млекопитающих далеко неравнозначно. Оно определяется способностью животного к интенсивному размножению и созданию больших плотностей популяции, степенью приспособляемости к окружающей среде, восприимчивостью к возбудителю и взаимоотношением с ним, связью с человеком и, наконец, способностью явиться «хозяином» для тех или иных эктопаразитов — переносчиков возбудителя.

Исходя из этого, в Эстонской ССР наибольший интерес представляют следующие более распространенные грызуны:

* Доложено на конференции Таллинского научного общества эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов им. Мечникова 22/XI 1957 г.

1. Заяц. В республике обитает два вида: заяц-русак и заяц-беляк, причем первый составляет 95—96% всех зайцев. Заяц-русак, потенциальный источник туляремийной инфекции, встречается по всей Эстонии, обычно на полях, в рощах и редколесьях. Наибольшее количество зайцев отмечено в Выруском, Йыгеваском, Пайдеском, Пыльтсамааском, Пярнуском и Тартуском районах. В 1957 г. численность их несколько уменьшилась.

2. Белка обыкновенная. Довольно многочисленна в хвойных и смешанных лесах республики. Можно предполагать ее участие в поддержании циркуляции вируса энцефалита в наших природных очагах.

3. Ондатра — зверек чрезвычайно восприимчивый к туляремийной инфекции. Впервые в Эстонию она была завезена в 1947 г. с целью акклиматизации (195 шт.) и выпущена в р. Эмайге и 5 озерах севернее г. Тарту. К настоящему времени ондатра хорошо прижилась и, размножившись до 2—3 десятков тысяч, продвигается по системе рек и озер к северу и северо-западу республики.

4. Крысы. В Эстонии встречаются два вида крыс — серая и черная. Исследованиями Г. М. Мединского (1956), проведенными в республике, установлено носительство крысами патогенных лептоспир типа *L. icterohaemorrhagiae* и Помона (Моняков).

Черная крыса-грызун очень обычный для Эстонии. Встречается как на берегу, так и на судах, где составляет 95,9% видового состава. В условиях существования на судах она размножается в течение круглого года, но наиболее интенсивно в марте-апреле и июне-июле (Дайтер и Мединский, 1956). На суше черная крыса обитает в юго-восточной части Эстонии, где является существенным амбарным и домовым вредителем.

Серая крыса на берегу многочисленна. Ее основной ареал распространения — северная и северо-западная часть республики; на юге встречается редко. Также размножаясь в течение всего года, она дает три типа: весенний — март-май; летний — июль и осенний — октябрь. Наибольшее количество детенышей в одном помете наблюдается в весенне-летнее время (в среднем 6—9 против 3—4 зимой).

Из 14 видов мелких грызунов маммалиофауны Эстонии видное место принадлежит желтогорлой мыши, европейской рыжей полёвке, обыкновенной и водяной полёвкам.

Указанные виды, будучи наиболее многочисленными из мелкомышевидных, по всей вероятности, играют роль в краевой эпидемиологии Эстонии, так как они могут являться активными переносчиками и в то же время хранителями целого ряда инфекционных начал, в частности, риккетсий, лептоспир, бактерий туляремии. Исследованиями, проведенными Мединским (1956), было показано, что желтогорлая и полевая мыши, а также обыкновенная полёвка в условиях Эстонской ССР являются носителями возбудителя водной лихорадки — лептоспир типа Помона.

5. Европейская рыжая полёвка самый многочисленный зверек из всех млекопитающих республики. Рыжая полёвка встречается на территории всей Эстонской ССР, почти во всех лесных и кустарниковых стациях (на полях и лугах — значительно реже). Обитание и плотность поселений европейской рыжей полёвки в различных стациях и в разные годы резко колеблется (от 1—2 до 46% попаданий в ловушки). Размножение ее в условиях республики происходит с апреля по сентябрь (К. Паавер, 1954; Дайтер и Мединский, 1956).

6. Желтогорлая мышь по численности стоит на втором месте. Ее основными местами обитания являются широколиственные и смешанные леса, сады и огороды. Летом и осенью она встречается на полях, а поздней осенью и зимой нередко в постройках и жилищах человека.

Размножение желтогорлой мыши в природе обычно начинается в апреле и затухает к концу августа (Паавер, 1954).

7. На полях, лугах, береговых лугах и опушках леса очень часто встречается обыкновенная (серая) полёвка. Ее численность в условиях Эстонской ССР обычно невелика, но благодаря способности к интенсивному размножению серая полёвка может давать в отдельные годы большую плотность поселений. Так, в 1953 г. в окрестностях Таллина численность обыкновенной полёвки доходила до 80% попаданий на 100 ловушко-суток. Серая полёвка, размножаясь с мая до ноября, дает 4—5 пометов.

8. Водяная полёвка (крыса) в определенных условиях частый резервуар *V. tularensis* и лептоспирозной инфекции, встречается в Эстонии повсеместно, но более многочисленна на западе республики. Ее характерные места обитания — берега различных водоемов, хотя в осеннее время она может мигрировать на овощные поля, огороды и в подсобные строения. В 1958 г. от водяных крыс, отловленных на одном из островов Кейлаского района, была выделена культура туляремии (Мединский, Шербаков и др.).

Остальные грызуны: белка-летяга, садовая и орешниковая сони, северная мышевка, домовая, полевая и лесная мыши, мышь-малютка и пашенная полёвка, по-видимому, при их сравнительной малочисленности большого эпидемиологического значения не имеют. Некоторые из них весьма обычны для всей Эстонии и обитают на характерных стациях (полевая мышь, мышь-малютка), но немногочисленны; другие, как правило, встречаются лишь в центральной и восточной частях республики и очень редки (лесная мышь, летяга, сони). Однако следует учитывать, что при благоприятных условиях существования такие грызуны, как полевая и домовые мыши или мышь-малютка, способны давать так называемые «массовые размножения», что при наличии возбудителя той или

инной зоонозной инфекции может привести к эпизоотии и соответствующим эпидемиологическим последствиям.

При изучении мелких млекопитающих с целью зоопаратитологической и эпидемиологической характеристики края, внимание исследователей, естественно, было обращено и на их эктопаразитов.

До настоящего времени в Эстонской ССР проводились в основном только фауно-экологические исследования насекомых и клещей главным образом паразитических видов. Из установленных для Эстонии видов насекомых и клещей следует коротко остановиться на следующих:

Иксодовые клещи. В Эстонии распространены довольно широко. Всего отмечено 5 видов иксодид (А. Вильбасте, 1953, 1956; Дайтер, 1956).

Ведущими видами являются *Ixodes ricinus* и *I. persulcatus*. *I. ricinus* встречается по всей Эстонии, но в основном — в местах, обжитых человеком, и наиболее многочислен в северных и западных районах республики. Его излюбленным местом обитания являются лиственные леса, в несколько меньших количествах встречается в смешанных лесах и кустарниках или, довольно редко, в хвойных.

Активность *I. ricinus* длится с первой половины мая до октября.

Ареалом *I. persulcatus* является восточная часть Эстонии. В наибольших количествах он встречается в больших лесных массивах затененных смешанных лесов. Самым крупным клещевым очагом в Эстонии с высокой численностью *I. persulcatus* является лесной массив Ярвселья. Единичные находки этого клеща отмечались в северных районах.

Активность этих клещей наблюдается с мая до первой декады августа, когда встречаются уже единичные особи (А. Вильбасте, 1956).

I. ricinus и *I. persulcatus* в условиях Эстонии имеют большое эпидемиологическое значение. В местах их распространения (особенно *I. persulcatus*) не раз отмечались случаи заболевания клещевым энцефалитом, причем больные указывали на контакт с лесом и нападение клещей.

Известно также, что в 1946 г. на одном из островов Эстонии было зарегистрировано 2 случая туляремии. Исследованиями Е. А. Желнина и В. Ф. Козлова (1956) было установлено, что заражение больных произошло после укуса клещами *I. ricinus*. Авторам удалось выделить от клещей культуру *B. tularensis*.

Наконец, собачий клещ является переносчиком бабезиеллеза, который довольно часто встречается и в Эстонии, в местах распространения *I. ricinus*.

Остальные виды иксодовых клещей *Ixodes trianguliceps*, *Haemophysalis punctata* и *Ixodes apronophorus* немногочисленны.

В последние годы пристальное внимание медицинских работников и биологов привлекают клещи надсемейства *Gamasoidea*.

Как уже указывалось, нами в основном обрабатывались сборы паразитов, в том числе и гамазовых клещей, с грызунов. Однако мы неоднократно отмечали случаи нападения гамазид и на людей, в результате которого у отдельных лиц наблюдались дерматиты. В одних случаях наблюдалось массовое нападение клещей *Ornityssus bacoti* — крысиного клеща (в условиях судна, жилого дома) в других — клещей *Dermanyssus gallinae* — куриного клеща — обычного паразита кур, голубей и других, птиц. В наших условиях нападение клещей на человека предшествовала либо гибель голубей, в расположенных поблизости от жилья человека гнездах, либо разрушение голубиных гнезд, без последующей тщательной очистки мест их расположения.

Помимо этих двух видов, в литературе есть указания на временное паразитирование на человеке следующих встречающихся и в Эстонии видов: *Hirstipnyssus musculi*, *H. arvicolae*, *Eulaelaps stabularis*.

В отечественной и зарубежной литературе приводится большой фактический материал о эпидемиологическом значении гамазид. Так например, по данным ряда исследователей (Луи, 1947; Ямада, 1931; Солошенко, 1955 и др.), для *O. bacoti* выяснено спонтанное риккетсионосительство в очагах крысиного сыпного тифа и трансформальная передача, способность укусом заражать экспериментальных животных чумой, сохранять и передавать иктеро-геморрагических лептоспир (22 дня). Группе исследователей (Нельзина и Барков, 1951; Нельзина и Романова, 1951 и др.) удалось экспериментально доказать возможность передачи *B. tularensis* клещами *H. glasgowi* и *L. turis*. Они же выделили в очагах туляремии от этих клещей 4 штамма туляремийной культуры. Земской, Жмаемовой, Пчелкиной (1955) удалось опыты по передаче клещами *D. gallinae* и *O. bacoti* риккетсий Бернета.

Изучение гамазовых клещей в Эстонии началось с 1953 г. Установлено более 32 видов гамазовых клещей, относящихся к 9 различным семействам: *Laelaptidae*, *Haemogamasidae*, *Liponissidae*, *Dermanyssidae* и др. (Дайтер, 1955).

Наиболее частыми и многочисленными паразитами «диких» грызунов из гамазид нашей фауны являются клещи: *Laelaps hylaris* составляющие 42,2% всех клещей, *Haemogamasus nidi* (16,5%), *Haemolaelaps glasgowi* (8,4%), *Eul. stabularis* (4,5%). Основным же паразитом синантропных грызунов является крысиный клещ *O. bacoti* который способен давать стойкие очаги с численностью, достигающей иногда колоссальных цифр.

Некоторые из паразитических видов клещей, как например клещи рода *Laelaps*, как известно, строго специфичны и встречаются лишь на определенных хозяевах. Другие, как *Haemogamasus nidi*, *Haemolaelaps glasgowi*, *Eulaelaps stabularis* паразитируют на широком круге животных. Эта степень привязанности паразита к хозяину — немаловажный фактор в поддержании инфекции в природе. Очевидно, что при условии носительства заразного начала первые способны передавать возбудителя только внутри популяции грызунов одного вида (некоторые-рода), в то время как вторые — и другим грызунам или животным и даже человеку.

Большинство не названных, но зарегистрированных для Эстонии нами видов гамазовых клещей встречается реже.

Переходя к краткой характеристике паразитов из класса насекомых, следует сразу же заметить, что их эпидемиологическое значение в условиях Эстонии пока совершенно не изучалось.

Однако из литературы известно определенное значение таких насекомых, как блох, слепней, комаров в поддержании природных очагов ряда болезней (чумы, риккетсиозов, туляремии, нефрозонефрита, сибирской язвы).

Фауна блох Эстонской ССР представлена большим обилием видов. К настоящему времени установлено 22 вида блох, принадлежащих к трем семействам: *Pulicidae*, *Ceratophyllidae*, *Ctenophthalmidae*.

Необходимо отметить, что заbloшивленность грызунов в Эстонии довольно низкая. Это особенно характерно для синантропных грызунов (крыс и мышей).

Основным паразитом крыс является крысиная блоха *Ceratophyllus fasciatus*. Она составляет 91,2% всех блох крыс. *Xenopsylla cheopis* — блоха, имеющая чрезвычайно большое значение в передаче чумы, встречается лишь единично и только на судах Таллинского порта. На суше в Эстонии этот вид блох не найден, хотя он довольно обычен в Ленинграде (К. Н. Токаревич, 1937) и отмечен (С. О. Высоцкая и О. Н. Сазонова, 1953) для Ленинградской области.

Из блох мелких грызунов чаще встречаются *Ctenophthalmus agyrtes* (52% всех собранных блох), *Ct. uncinatus* и *Ceratophyllus turbidus*.

Наиболее заbloшивленными грызунами открытой природы оказались европейская рыжая полёвка и обыкновенная полёвка.

Как показали исследования, на многих хозяевах характерно паразитирование несвойственных им видов блох.

Обмен паразитофауной наблюдается как между мышами и полёвками, так и между «дикими» и синантропными грызунами, что может способствовать широкому распространению эпизоотии.

Из общего количества установленных для Эстонии видов блох (Мединский и Дайтер, 1955)* 12 могут нападать на человека, а для 11-ти — в литературе есть указание на способность хранения, выделения и передачи различных возбудителей.

Так, в хранении и передаче туляремийной инфекции отмечена роль следующих видов, встречающихся в нашей фауне: *Ceratophyllus walketi*, *C. penicilliger*, *C. fasciatus*, *Leptopsylla segnis*, *Xenopsylla cheopis*.

Вирус нефроза-нефрита выявлен у *C. turbidus* и *Ct. agyrtes*. Экспериментально доказана роль в хранении и выделении с испражнениями возбудителя сибирской язвы — *X. cheopis* и бруцеллеза *Ctenoc. felis*. Небезызвестно значение таких видов блох, обычных для нашей фауны, как *X. cheopis*, *C. fasciatus*, *Pulex irritans*, *Ct. felis* и *Ct. canis* в передаче чумы, а способность заражаться и выделять с испражнениями риккетсии эпидемического сыпного и крысиного тифов экспериментально установлена для *P. irritans*, *C. fasciatus*, *X. cheopis*, *Leptopsylla silvatica*, *Ct. canis* и *Ct. felis*.

Все это требует дальнейшего тщательного и всестороннего изучения этой группы паразитов.

Фаунистическими исследованиями по комарам и слепням, роль которых как переносчиков туляремии, сибирской язвы, японского энцефалита, энцефалита Сан-Луи и некоторых других инфекций теперь хорошо известна, в Эстонии занимался Х. Ремм (1955). Им установлено наличие 35 видов комаров и 32 слепней. Из кровососущих комаров наибольшее значение имеют виды *Aedes communis*, *A. maculatus*, *A. punctor*, *Anopheles bifurcatus*, которые в течение лета активно нападают на людей и животных.

Заканчивая, следует подчеркнуть, что представленные данные не отражают полностью всего многообразия паразитофауны Эстонии. Крайне малы и сведения о их зараженности и взаимоотношениях с возбудителями болезней.

Установление очагов лептоспирозов и туляремии, наличие клещевого энцефалита на территории республики настоятельно требуют дальнейшего изучения краевой эпидемиологии и эпизоотологии этих инфекций и других форм с природной очаговостью в Эстонской ССР.

* В цитируемой работе не приводились следующие, установленные нами позднее виды блох: *Ceratophyllus galliane* Schr., *C. fringillae* Walk., *C. styx* Roths., *Leptopsylla bidentata* Kol., *Dorotopsylla dasycnemus* Roths.

Несомненно, что успешная работа в этом направлении может быть обеспечена лишь при условии привлечения более широкого круга специалистов к ней, чем это было ранее, и главное — совместного участия эпидемиологов, инфекционистов, микробиологов, биологов и ветеринарных работников.

KIRJANDUS. 1. Брегетова Н. Г. Гамазовые клещи (Gamasoidea) Изд. АН СССР, М. — Л. 1956. — 2. Вильбасте А. 1853—1953. Юбилейный сб. общ-ва естествоиспыт., с 441—443, Таллин, 1953 (эст. яз.). — 3. Она же. Вопросы фаунистич. и флорестич. исследований в ЭССР, с. 145—147. Таллин, 1953. (эст. яз.). — 4. Она же, Иксодовые клещи Эстонской ССР. Автореферат диссерт. на соиск. учен. степ. канд. биол. наук, Тарту, 1956. — 5. Высоцкая С. И. и Сазонова О. Н. Паразитол. сб. ЗИН АН СССР, ХУ с. 386—409, 1953. — 6. Дайтер А. Б. Тез. докл. VIII совещ. по паразитол. пробл. с. 54—56. Изд. АН СССР, М. — Л. 1955. — 7. Дайтер А. Б. и Мединский Г. М. «Растительный и животный мир» в кн. На правах рукописи, Таллин, 1956. — 8. Желнин Е. А. и Козлов В. Ф. Здравоохран. Сов. Эст. сб. 5, 1956, с. 174—181. — 9. Иоффе И. Г. Вопросы экологии блох в связи с их эпидемиологическим значением. Пятигорск, 1941. — 10. Линг Х. Вопросы фаунистич. и флорестич. исследований в Эст. ССР, с 153, Таллин, 1953 (эст. яз.). — 11. Он же. Фауна промысловых млекопитающих ЭССР и пути ее реконструкции. Автореф. диссерт. на соиск. учен. степ. канд. биол. наук, Тарту, 1955. — 12. Он же и Паавер К. Л. Список млекопитающих Эстонской ССР, Тарту, 1952 (эст. яз.). — 13. Мединский Г. М. Здравоохран. Сов. Эстонии сб. 5 с. 167—174, Таллин, 1956. — 14. Он же и Дайтер А. Б. Тез. докл. VIII совещ. паразитол. пробл. с. 97—98, Изд. АН СССР, М. — Л., 1955. — 15. Нельзина Е. Н. и Барков И. П. ДАН СССР, 78 (4), 1951, с. 829—831. — 16. Она же и Романова В. П. ДАН СССР, 78 (1), 1951, с. 179—180. — 17. Паавер К. Вопросы фаунистич. и флорестич. исследован. в Эст. ССР, с. 97—99. Таллин, 1953. (эст. яз.). — 18. Паавер К. Материалы по экологии и практическому значению европейской рыжей полевки и желтогорлой мыши в Эстонской ССР. Диссерт. на соиск. учен. степ. канд. биол. наук с. 1—356, Тарту, 1954. — 19. Павловский Е. Н. Руководство по паразитологии человека, т. II, изд. АН СССР, М. — Л. 1948. — 20. Ремм Х. Слепни *Talanidae* Эстонской ССР. Тарту, 1953. — 21. Он же. Комары (*Culicidae*) в Эстонской ССР и борьба с ними, Тарту, 1954. — 22. Солошенко И. З. Тез. докл. VIII совещ. по паразитол. пробл. с. 142—143. Изд. АН СССР, М. — Л. 1955. — 23. Токарев К. Н. Тр. Ленингр. инст. эпид. бактериол. им. Пастера, секция паразитол. 3, 1957, 115—123.

Pisikesed imetajad ja nende ektoparasiidid seoses looduslike haiguskollete uurimisega Eesti NSV-s

A. Daiter ja A. Kužilnõi

Seni on Eesti NSV territooriumil avastatud 51 liiki imetajaid. Närilistest pälvivad meil kõige suuremat tähelepanu jänesed (2 liiki), oravad, ondatra, rotid (2 liiki) ja hiired (14 liiki). Nagu G. Medinski uurimustest nähtub võivad Eesti NSV oludes mitmed hiirteliigid olla leptospiirade levitajateks. Meil on levinenud ka vesirotid, kes võivad peale leptospirooside levitada veel tulareemiat.

Puukidest on Eestis levinenumateks *Ixodes ricinus* ja *Ixodes persulcatus*, kusjuures esimene esineb peamiselt meie põhja- ja läänerajoonides, viimane aga peamiselt Ida-Eestis.

Kirpudest on meil kindlaks tehtud 22 liiki, kusjuures 12 liiki neist võivad rünnata ka inimest.

Eesti sääskede ja parmude uurimisega on tegelenud H. Remm; tema andmetel esineb meil 35 liiki sääski ja 32 liiki parme.

Leptospiroosi, tulareemia ja puukentsefaliidi juhtude esinemine Eestis nõuab meilt nende haigestumiste kohaliku epidemioloogia lähemat tundmaõppimist.

SISUKORD **СОДЕРЖАНИЕ**

F. LEPP ja V. HARJU — Kopsutuberkuloosi võrdlevast mikrobioloogilisest diagnostikast tänapäeval	3	Ф. ЛЕППИ и В. ХАРЬЮ — О современной сравнительной бактериологической диагностике легочного туберкулеза	3
L. SILDVER — Laste pea- ja seljaaju vedeliku suhkruisaldusest tuberkuloosse ja viirusmeningiidi puhul	6	Л. СИЛЬДВЕР — О содержании сахара в спинномозговой жидкости у детей, больных туберкулезным и вирусным менингитами	6
E. SIIRDE, A. JENTS, K. GERASSIMOVA — Eosinofiilide esinemise ja leukotsütoosi muutumise dünaamikast perifeerses veres seoses tonsillektoomiaga	11	Э. СИЙРДЕ, А. ЙЕНТС, К. ГЕРАСИМОВА — О динамике изменений количества эозинофилов и лейкоцитоза в периферической крови в связи с тонзиллэктомией	11
N. ELŠTEIN — Perifeerse vere pildist lamblioosi puhul	15	Н. ЭЛЬШТЕЙН — О картине периферической крови при ламблиозе	15
I. LAAN — <i>Trichomonas vaginalis</i> 'e biokeemilisest aktiivsusest	18	И. ЛААН — О биохимической активности <i>Trichomonas vaginalis</i>	18
M. EITELBERG ja E. ALLIK — Ülemiste hingamisteede mikrofloora ja selle mütsiinresistentsus 1957. a. gripiepideemia ajal Tartus	23	М. ЭЙТЕЛЬБЕРГ и Э. АЛЛИК — Микрофлора верхних дыхательных путей и ее резистентность к антибиотикам во время эпидемии гриппа в Тарту в 1957 году	23
V. BRESLER — Tupe äigepreparaadi tsütoloogilisest uurimisest	27	В. БРЕСЛЕР — Цитологическое исследование вагинального мазка	27
L. PÄI — Vere äigepreparaadi makroskoopiliste muutuste diagnostilisest tähtsusest	31	Л. ПЯИ — Диагностическое значение макроскопических изменений в мазке крови	31
P. ABRAMJANTS, Š. GULORDAVA ja I. SKORODKO — Mulgustunud mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandite kirurgilise ravi vahetud tulemused	37	П. АБРАМЯНЦ, Ш. ГУЛОРДАВА и И. СКОРОДЬКО — Непосредственные результаты оперативного лечения при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки	37
E. KIVIVARE — Ussjätkepõletiku ravist Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas 1947.—1957. a.	40	Э. КИВИВАРЕ — Лечение аппендицита в хирургическом отделении клинической больницы гор. Тарту за 1947—1957 гг.	40
A. KLIIMAN ja J. SARV — Mõningaid küsimusi täiskasvanute apenditsiidi diagnoosimisel	44	А. КЛИИМАН и И. САРВ — О некоторых вопросах диагностики аппендицита у взрослых	44
P. ABRAMJANTS ja A. ROOSILEHT — Ägeda pankreatiidi kirurgilisest ravist	48	П. АБРАМЯНЦ и А. РООСИЛЕХТ — О хирургическом лечении больных с острым панкреатитом	48
L. ŠOSTAK — Reieluukaela mediaalsete murdude kinnine osteosüntees ilma röntgenoloogilise kontrollimiseta operatsiooni ajal	52	Л. ШОСТАК — Закрытый остеосинтез при медиальных переломах шейки бедра без рентгеноконтроля во время операции	52
E. TEEÄÄR, E. RUUS — Sapipõie põletiku ravimise tulemustest Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas 1947. kuni 1956. a.	58	Э. ТЕЭЯАР и Э. РУУС — О результатах лечения больных холециститом в Тартуской республиканской клинической больнице за 1947—1956 гг.	58
A. TUCH — Aneurüsmidest loiult kulgevate endokardiitide puhul	62	А. ТУХ — Об аневризмах при вяло протекающих эндокардитах	62
S. POLETAJEV — Kõhuaordi pinga pulseerimise sümptoomi tähtsusest tuberkuloosse mesadeniidi diagnoosimisel	64	С. ПОЛЕТАЕВ — Значение симптома напряженной пульсации брюшной аорты для диагностики туберкулезных мезаденитов	64

DEL — Seniilse katarakti operatsioonist Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas	67
F. PURŠEV — Furatsilliini kasutamisest mõnede väliste silmahai-guste puhul	71
L. LIBERMAN — Välise hingamis-talitluse määramise kliinilisest tähtsusest mõnede patoloogiliste seisundite puhul	76
L. KIRSCH ja M. ROOMA — Alka-loidide määramine karumustika ekstraktis	85
E. VASAR — Koliin- ja adrenoreak-tiivseid süsteeme blokeerivate ainete efektiivsus hüpotermia esilekutsumisel	90
L. NURMAND ja H. NURMAND — Viirusdermatooside ravimisest klooretüüli ja rivanooliga	94
H. JÄNES — Põlevkivipneumoko-nioosi profülaktika küsimusi	98
M. OVTŠINNIKOV, D. SOTNIKOV ja T. RABINKOVA — Gripi kulu kliinilised iseärasused täis-kasvanutel 1957. a. sügise pandeemialaine ajal Tallinnas	103
L. NURMAND — Kilpnäärme funk-tiooni mõjust kunstliku hüpo-termia pildile	106
M. TÕLP ja R. MARKOVITS — Mõningatest füsioterapeutilistest ravivõimalustest stomatoloogias	115
H. JÄNES — Vibratsiooniprobleem kutsetervishoius	120
N. SCHAMARDIN — Vibratsiooni-tõve diagnostikast ja ravist	124
A. LUTS — Krooniline tonsilliit põ-levkivitõustuse töölistel	127
V. LIIV, A. KÄNGSEPP, V. AIMRE, E. LOIGE — Angiini ning kroo-nilise tonsilliidi esinemisest ja profülaktikast	131
V. SÄRGAVA — Vigadest angiini diagnoosimisel ja tonsillektoo-mia näidustuste määramisel	134
A. DANILOVITS — Düsenteeria kulu kliinilistest iseärasustest käesoleval perioodil	138
A. RULLI — Arteriaalse rõhu muu-tumisest seoses distantsetsep-torite ärritusega operatsiooni-eelsel perioodil	143
A. LINKBERG ja E. TÜNDE — Arteriograafia rakendamisest oblitereeruva endarteriidi diag-noosimisel	147
A. DAITER ja A. KUŽILNŌI — Pisikesed imetajad ja nende ektoparasiidid seoses looduslike haiguskollete uurimisega Eesti NSV-s	152

ДЕЛЬ — Об операции сенильной катаракты в глазном отделении Тартуской республиканской кли-нической больницы	67
Ф. ПУРШЕВ — Применение фура-цилина при некоторых наружных заболеваниях глаз	71
Л. ЛИБЕРМАН — Клиническое зна-чение определения функции внешнего дыхания при некоторых патологических состояниях	76
Л. КИРШ и М. РООМА — Опреде-ление алкалоидов в экстракте красавки	85
Э. ВАСАР — Об эффективности ве-ществ, блокирующих холино- и адренореактивные системы при вызывании гипотермии	90
Л. НУРМАНД и Х. НУРМАНД — Лечение вирусных дерматозов хлористым этилом и риванолом	94
Х. ЯНЕС — Некоторые вопросы про-филактики сланцевого пневмоко-ниоза	98
М. ОВЧИННИКОВ, Д. СОТНИКОВ и Т. РАБИНКОВА — Клиниче-ские особенности течения гриппа у взрослых в период волны пандемии осенью 1957 г. в Тал-лине	103
Л. НУРМАНД — О влиянии функции щитовидной железы на картину искусственной гипотермии	106
М. ТЭЛЬП и Р. МАРКОВИЧ — О некоторых возможностях физио-терапевтического лечения в сто-матологии	115
Х. ЯНЕС — Проблема вибрации в профессиональной гигиене	120
Н. ШАМАРДИН — О диагностике и лечении вибрационной болезни	124
А. ЛУТС — Хронический тонзиллит у рабочих сланцевой промышлен-ности	127
В. ЛИИВ, А. КЯНГСЕПП, В. АЙМРЕ, Э. ЛОЙГЕ — Об ангине и хрони-ческом тонзиллите и их профи-лактике	131
В. СЯРГАВА — Об ошибках при диагностике ангины и определе-нии показаний к тонзиллэктомии	134
А. ДАНИЛОВИЧ — О клинических особенностях дизентерии в на-стоящее время	138
А. РУЛЛИ — Об изменениях арте-риального давления в связи с раздражением дистанцорецепторов в предоперационном периоде	143
А. ЛИНКБЕРГ и Э. ТЮНДЕР — О применении ангиографии в диагностике облитерирующего эн-дартерита	147
А. ДАЙТЕР и А. КУЖИЛЬНЫЙ — Мелкие млекопитающие и их эк-топаразиты в связи с изучением болезней с природной очагово-стью в ЭССР	152

Журнал
„Здравоохранение Советской Эстонии“

1958 Приложение
Сборник научных трудов
На эстонском языке

Ladumisele antud 5. II 1959. Trükkimisele antud 18. III 1959. Trükiarv 3000. Paber 70×108 $\frac{1}{16}$. Trüki-
poognaid 10+1 kleebis. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 13,7. Arvutuspoognaid 13. Tellimise
nr. 1174. MB 02750.

Trükikoda „Pioneer“, Tartu, Kastani tn. 38

Tasuta.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade
Kirjastus